

SZAKDOLGOZAT

Simon Katalin

Egészségfejlesztő mentálhigiénikus szak

2009.

Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar

**PSZICHEDELIKUS DROGOKAT ÖNISMERETI
CÉLZATTAL HASZNÁLÓK ÉLETMINŐSÉGE**

Konzulens:
Dr. Rácz József

Készítette:
Simon Katalin
Egészségfejlesztő
mentálhigiénikus szak, 2009.

Tartalomjegyzék

I. BEVEZETÉS.....	4
II. HÁTTÉR, SZAKIRODALMI ÖSSZEFOGLALÓ.....	7
II/1. A PSZICHOAKTÍV SZEREK CSOPORTOSÍTÁSA – LEGÁLIS/ ILLEGÁLIS.....	7
II/2. DROGOKKAL ÉS DROGFOGYASZTÓKKAL KAPCSOLATOS ATTITŰDÖK.....	9
II/2.1. <i>A magyar lakosság drogokkal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdjei</i>	9
II/2.2. <i>Orvosok drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdjei</i>	14
II/2.3. <i>Attitűdök a hazai sajtóban</i>	16
II/3. PSZICHOAKTÍV SZEREK FOGYASZTÁSÁNAK JELLEMZŐI A MAGYAR POPULÁCIÓBAN.....	17
II/3.1. <i>A felnőtt lakosság drogfogyasztási szokásai</i>	17
II/3.2. <i>Drogfogyasztás az iskoláskorú fiatalok körében</i>	18
II/3.3. <i>Dohányzás és alkoholfogyasztás a magyar néppesség körében</i>	19
II/3.4. <i>A drogfogyasztás mintázatai</i>	21
II/4. A KUTATÁS SZEMLÉLETI KERETE.....	23
II/5. KÉPESSÉGFOKOZÁS ÉS ÉLETMINŐSÉG-JAVÍTÁS.....	24
II/6. PSZICHEDELIKUMOK ÉS PSZICHONAUTÁK.....	26
II/7. A PSZICHEDELIKUMOK KUTATÁSI ÉS TERÁPIÁS CÉLÚ ALKALMAZÁSÁRA IRÁNYULÓ TÖREKVÉSEK.....	28
II/8. AZ EGÉSZSÉG FOGALMA.....	31
II/9. ÉLETMINŐSÉG.....	32
III. PSZICHEDELIKUS DROGOKAT ÖNISMERETI CÉLZATTAL HASZNÁLÓK	
ÉLETMINŐSÉGE A PSZICHOLÓGIAI IMMUNKOMPETENCIA, AZ ÉLETCELOK ÉS AZ INTRINZIK SPIRITUALITÁS MENTÉN.....	33
III/1. A KUTATÁS CÉLJA.....	33
III/2. A KUTATÁS TÁRGYA.....	33
III/3. HIPOTÉZISEK.....	34
III/4. A MINTA.....	35
III/5. ADATFELVÉTELI MÓDSZEREK.....	36
III/5.1. <i>Technikai háttér</i>	36
III/5.2. <i>Alkalmazott kérdőívek</i>	36
III/5.2.1. <i>Szociodemográfiai kérdések</i>	37
III/5.2.2. <i>Szerfogyasztási szokásokat vizsgáló kérdőív</i>	37

III/5.2.3. Pszichológia Immunkompetencia Kérdőív (PIK).....	38
III/5.2.4. Életcél Kérdőív (PIL).....	40
III/5.2.5. Intrinzik Spiritualitás Skála (ISS).....	41
III/6. ADATFELDOLGOZÁSI MÓDSZEREK.....	42
III/6.1. <i>Csoportok felosztása.....</i>	42
III/6.2. <i>Alkohollal és dohánnyal tett kivételek.....</i>	43
III/6.3. <i>A csoportok egymáshoz illesztése.....</i>	44
III/6.4. <i>Adatelemzési módszerek.....</i>	45
III/7. EREDMÉNYEK.....	45
III/7.1. <i>A célcsoport szociodemográfiai jellemzői.....</i>	45
III/7.2. <i>Szerhasználati jellemzők.....</i>	48
III/7.3. <i>A szerfogyasztás és az életminőség kapcsolatának szubjektív tapasztalatai a célcsoport körében.....</i>	48
III/7.4. <i>Pszichológiai immunkompetencia.....</i>	50
III/7.5. <i>Életcélok.....</i>	50
III/7.6. <i>Spiritualitás.....</i>	51
III/8. HIPOTÉZISVIZSGÁLAT.....	53
IV. KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK.....	54
V. ÖSSZEFOGLALÁS.....	58
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	59
IRODALOMJEGYZÉK.....	60
MELLÉKLETEK.....	66
1. SZ. MELLÉKLET – Jelenleg folyó klinikai vizsgálatok pszichedelikumok terápiás célú alkalmazásával kapcsolatban.....	67
2. SZ. MELLÉKLET- Kutatásunkban alkalmazott kérdőív-csomag.....	70
3. SZ. MELLÉKLET - Az apák legmagasabb iskolai végzettsége a PSY, a K1 és a K2 csoportokban.....	87
4. SZ. MELLÉKLET - Az anyák legmagasabb iskolai végzettsége a PSY, a K1 és a K2 csoportokban.....	88
5. SZ. MELLÉKLET - A szerhasználat életprevalencia értékei az egyes csoportokban.....	89
6. SZ. MELLÉKLET – A jelenlegi szerfogyasztás aránya az egyes csoportokban.....	90

I. Bevezetés

A pszichoaktív szerhasználat nem csak az alkalmazott szerek széles spektruma, hanem az egyének és csoportok szerhasználati mintázatának sokszínűsége miatt is komplex jelenségek minősül. Kutatásunk célja, hogy egy speciális szerhasználói csoport vizsgálatán keresztül hozzájáruljunk a jelenség tágabb körű értelmezéséhez. A drogfogyasztás sajátosságait feltáró kutatásoknak különféle szerfogyasztó csoportokra vonatkozóan gazdag hazai és nemzetközi szakirodalma van. Az általunk vizsgált célcsoport a pszichedelikus szereket önismereti célból használók köre, melyre hazánkban ez idáig viszonylag kevés kutatás vonatkozott. Ez a csoport jellemzően nem kerül előtérbe a drogfogyasztás jelenségekkel foglalkozó diskurzusokban, mivel sem közegészségügyi, sem számodra érő egyéni és társadalmi kockázatot nem képez. A teljesítményfokozásra és tökéletesítésre törekvő személyes praxisok korábban azonban semmiképpen nem hagyhatjuk figyelmen kívül ennek a csoportnak a jellemzőit.

Évről évre születtek olyan kutatások, amelyek a drogfogyasztás sokszínű jelenségeinek hazai médiareprezentációt vizsgálták. Ezekből megállapítást nyert, hogy a média figyelme jellemzően a problémás szerfogyasztókra irányul, és az érintettek megszólaltatását szinte teljesen nélkülözve, a tragikus esetek sarkított példáin keresztül mutatja be a drogfogyasztás komplex jelenségét (Kenyeres, Mészáros 2005). Jellemző, hogy drogfogyasztókról, drogfogyasztásról szóló megnyilatkozások alkalmával a „koszos, lecsúszott junkie” képével illusztrálják a közléseket, függetlenül attól, hogy éppen a szerfogyasztásnak mely típusáról esik szó. Képi megjelenítések tekintetében jellemző továbbá, hogy az intravénás szerfogyasztási mód jelenik meg a drogfogyasztás prototípusaként, még abban az esetben is, ha a téma a marihuána, vagy az utóbbi időben nagy figyelmet kiváltott „Spice”¹ nevű legális szer fogyasztása. Az írott sajtóban 2001 és 2005 között megjelent híreket vizsgálva szembetűnő volt, hogy milyen gyakran mosódik össze a szerfogyasztó és a drogkereskedő bűnöző képe. (Székely et al. 2005, idézi Arnold 2005; Arnold 2006)

¹ Füstöléssel használt gyógynövénykeverék, szintetikus kannabinoid-agonista adalékkal

Ezek után talán nem meglepőek azoknak a kutatásoknak az eredményei sem, melyek a magyar lakosság drogfogyasztókkal és drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjéit vizsgálták. Az attitűdvizsgálatok rávilágítottak arra, hogy más társadalmi csoportokkal (cigányokkal, börtönviseltekkel, alkoholistákkal, homoszexuálisokkal) összehasonlításban a kábítószer-fogyasztók képezik a legkevésbé tolerált társadalmi csoportot Magyarországon. (Gyenei 1997, Paksi és Elekes 2003, Paksi és Arnold 2007) Megállapítható továbbá, hogy a társadalmi megítélés a szociális kirekesztettség jellemző megjelenési formáit, a hajléktalanságot, a munkanélküliséget, a kriminális, vagy más kockázati magatartásokat a kábítószer-használattal szorosan összefüggő jelenségekként kezeli.

Hazánkban több százra tehető a prevenciós programok száma, melyek elsősorban az általános és a középiskolások körében próbálják megelőzni a drogok kipróbálását. A törekvések ellenére az iskoláskorú populáció körében változatlanul elterjedt az illegális szerek kipróbálása, amire azzal együtt fontos odafigyelnünk, hogy a folyamatos fogyasztási ráta ehhez képest nem tekinthető jelentősnek. Másképp fogalmazva, a drogokat kipróbálók arányához képest csekélynek mondható azok száma, akik esetében a droghasználat huzamosabb ideig életük része marad. Különösen jól látható ez, ha a felnőtt népesség körében mért adatokat tekintjük. (Paksi és Arnold 2007) Hogy még inkább árnyaljuk a képet, fontos megemlítenünk azt is, hogy azok körében, akiknél a kipróbálás és kísérletezés időszakán túljutva fennmarad a szerhasználat, nagy arányban az alkalmi, vagy az úgynevezett szociális/rekreációs szerhasználati mintázat figyelhető meg, melynek során a társas együttlét bizonyos alkalmaihoz köthető a drogok fogyasztása. A problémás/függőtípusú szerfogyasztás ehhez képest elenyésző arányban fordul elő. Mindezzel együtt természetesen a legtávolabb áll tőlünk, hogy veszélytelen dolognak tüntessük fel a pszichoaktív szerek fogyasztását.

Kutatásunkkal ahhoz kívánunk hozzájárulni, hogy árnyaltabb képet kapunk a drogfogyasztás jelenségéről, azáltal, hogy megismérjük a pszichedelikumokat önismereti célból fogyasztók droghasználati szokásait, s feltárjuk, hogy a szerhasználat milyen szerepet tölt be életminőségük, éléthez való attitűdjük alakulásában. Célunk gyakorlati vetületét az képezi, hogy az eredmények bemutatásával hozzá kívánunk járulni a célzott és

a javallott prevenció, valamint az alacsonyküszöbű, ártalomcsökkentő szolgáltatások tervezéséhez.

Kutatásunk elsősorban a pozitív pszichológia szemléleti keretein belül helyezhető el. Fontos vizsgálnunk a szerfogyasztás okait, céljait és magát az élményt is, méghozzá jóval tágabb értelmezési horizonton belül, mint azt a pszichopatológiai, vagy a szociális-deviancia modellek lehetővé teszik. A drogfogyasztás - akár akarjuk, akár nem - integráns része a társadalmi jelenségek körének. Alaposabb megisméréséhez időnként érdemes félretennünk meglévő magyarázó modelljeinket, reflexív viszonyt kialakítanunk saját kutatói előfeltevéseinkkel, s mindezek után a legjobb magukat az érintetteket, a drogfogyasztókat megkérdezni arról, hogy ők személyes tapasztalataik folytán hogyan látják ezt a jelenséget.

Szélesebb körű kérdésfelvetésünk tehát az, hogy az emberek mi célból fogyasztanak bizonyos drogokat, és ezek fogyasztása milyen hatással van életük minőségére nézve. Az egyedi okok, élmények, tapasztalatok összegyűjtése járulhat igazán hozzá ahhoz, hogy egy jelenség személyes vetületét megértsük. S hogyan is tudnánk eltekinteni egy olyan jelenség személyes vetületeitől, amely emberlétünket érinti! A tudatmódosító szerek fogyasztása egyidős az emberiséggel. Ahhoz, hogy megértsük, hogy a fogyasztásukban rejlő potenciális veszélyekkel együtt miért fogyasztanak mégis olyan sokan drogokat, lehetőségeinkhez képest értéksemleges nyitottsággal kell fordulnunk a drogfogyasztók felé, be kell engednünk őket a róluk folyó diskurzusokba. Természetesen erre a kvalitatív módszerek sokkal inkább alkalmasak, mint a kvantitatív módszerek. Jelen dolgozat egy kvalitatív kutatás kvantitatív előmunkálatainak eredményeit tartalmazza.

II. Háttér, szakirodalmi összefoglaló

Az elkövetkezendőkben a kutatásunk hátteréül szolgáló alapvető fogalmakat, adatokat, valamint vizsgálódásunk szemléleti keretéül szolgáló elméleteket, modelleket fogjuk bemutatni. Szólunk a pszichoaktív szerek egyik legelterjedtebb, és a bemutatott epidemiológiai kutatásokban is alkalmazott csoportosítása által felvetett kérdésekről, majd ezt követően bemutatjuk a drogfogyasztással és a drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök alakulását Magyarországon.

A társadalmi vélekedések és viszonyulások bemutatását követően, felvázoljuk azokat a trendeket, melyek a hazai népesség pszichoaktív szerfogyasztását jellemzik, figyelembe véve az egyes korcsoportok eltérő sajátosságait. Ezt követően a kutatásunk szemléleti keretéül szolgáló pozitív pszichológia rövid bemutatására teszünk kísérletet, majd az emberi „többletértékek” és felfokozott képességek iránti igényt egy másik, igen újszerű, aktuális aspektusból is bemutatjuk, mely a képességfokozás etikai kérdéseket is felvető, ennek okán mindenképpen kritikai nézőpontot igénylő tárgykörét érinti. Mindezért azért fontos ismertetnünk, hogy utat nyissunk annak a célcsoportnak a bemutatásához, amelyre kutatásunk vonatkozik.

A „*Pszichedelikumok és pszichonauták*” című fejezetben bemutatjuk azokat a szereket, valamint azt a szubkultúrát, amellyel kutatásunk empirikus részében foglalkozunk. Ezt követően egy rövid kitekintést nyújtunk azokra a kutatásokra, melyek a szubkultúra tagjai által írt élménybeszámolók mellett felkeltették az érdeklődésünket az önismereti célzat, mint releváns szerhasználati motiváció vizsgálatára. Végül elemezzük az egészség holisztikus felfogását, s bemutatjuk, hogy az életminőség fogalmát milyen összefüggésben használjuk.

II/1. A pszichoaktív szerek csoportosítása – legális vagy illegális

A pszichoaktív szereket számos aspektusból lehet csoportosítani, azonban fontos hangsúlyozni, hogy mindegyik kategorizálás csupán egy lehetséges megközelítési mód a

sok közül, egy kísérlet arra, hogy egy adott diskurzus keretei között rendszerezzeük a pszichoaktív hatású anyagokat. Ilyen diskurzus például a jog, mely szerint megkülönböztethetünk legális és illegális szereket. Mind a szakmai, mind a laikus diskurzusokban ez tűnik a leggyakrabban alkalmazott felosztásnak. Ugyanakkor lényeges figyelembe vennünk, hogy ez a csoportosítás elsősorban az adott társadalmi berendezkedéstől, kulturális sajátosságuktól függ, és kevés köze van magának az anyagnak a természetéhez, melyre a kategorizálás vonatkozik. Demetrovics Zsolt az *Addiktológia alapjai I.* című könyvben igen találóan így fogalmaz: „...a közgondolkodás hajlamos azzal a feltételezéssel élni, hogy a „bölcс állam” szakemberek véleményén alapuló döntéseket hoz, azaz értelemszerűen az egyes kémiai szerek veszélyessége képződik le legális vagy illegális státuszukban. Ez azonban nincs így; legális illetve illegális státuszuk mögött elsősorban nem tudományos eredményeket, s főképp nem tudományos konszenzust kell keresnünk! A drogok veszélyességének megítélése nincs egyértelmű összefüggésben jogi megítélésükkel.” (Demetrovics 2007, 48. oldal)

A jogi besorolás tehát leginkább a kulturális hagyományuktól, valamint a vélt vagy valós társadalmi elvárásoktól függ, melyek egyrészt változatosak, másrészt változékonyak, ennek folytán nem képezik bizonyítékokon nyugvó, „erős” alapját bármiféle megkülönböztetésnek. Fontos szem előtt tartanunk, hogy a jogi besorolás nem képezi le például a szerek ártalmasságát, veszélyességét (Nutt et al. 2007), valamint azt is, hogy egészségügyi vagy pszichológiai dimenzióból megközelítve alapvetően lényegtelen, hogy egy adott tudatállapot elérését szolgáló anyag legálisnak vagy illegálisnak minősül-e társadalmunkban. Az alkohol, a dohány, a kávé és egyes gyógyszerek ugyanúgy pszichoaktív szerek, drogok, mint azok a szintetikus, félszintetikus és természetes anyagok, amelyeket a magyar nyelvben a *drog* vagy a *kábítószer* kategoriájával szoktunk illetni. A *tiltott szer*, valamint *illegális drog* megfogalmazás az anyagoknak egy jól körülhatárolt körére vonatkozik, ezért szakmai és laikus diskurzusokban egyaránt közérthető s előszeretettel alkalmazott kategória. Azokra a kutatásokra hivatkozva, amelyek ezt a felosztást alkalmazták, mi is így fogunk utalni a pszichoaktív szereknek arra a csoportjára, mely a köznyelvben a *drog*, valamint a *kábítószer* fogalmával van megjelölve.

Mindemellett nem tévesztjük szem elől azt, hogy különféle szakértők mást és mászt gondolnak a besorolás helytállóságát illetően.

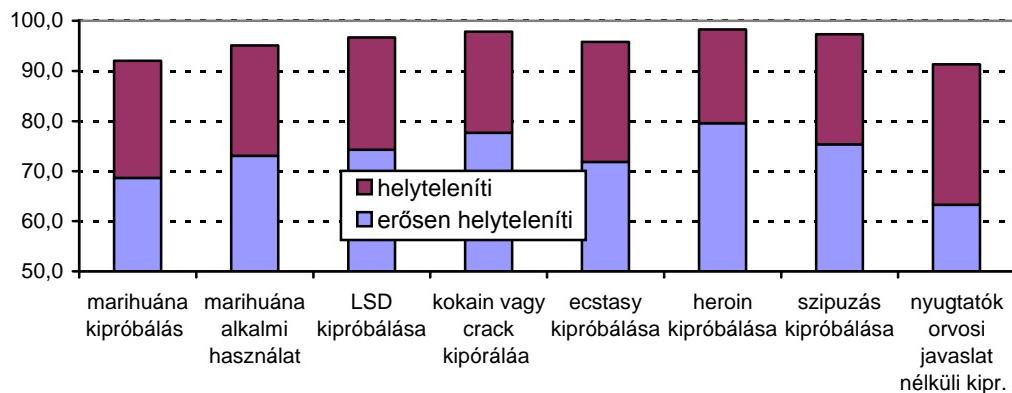
II/2. Drogokkal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök

II/2.1. A magyar lakosság drogokkal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdjei

Ahhoz, hogy meg tudjunk ítélni egy társadalmi jelenséget, fontos megvizsgálunk annak társadalmi beágyazottságát is.

A drogfogyasztás veszélyességének megítélése terén végzett kutatások azt mutatják, hogy a magyar társadalom általanosságban véve fokozottan veszélyesnek tartja az illegális drogok fogyasztását. Paksi Borbála és Arnold Petra által 2007-ben készített lakossági felmérés szerint Magyarországon a felnőtt lakosságban a különböző szerekkel kapcsolatban meglehetősen differenciáltan veszélyészlelés jellemző, ami azt jelenti, hogy a különféle drogok veszélyeinek megítélése nem különül el egymástól. Ugyanez érvényes a szerhasználat helytelenítésére is, ahol a különféle szerek és szerhasználói magatartások között a lakosság nem tesz lényegi különbséget. A lakosság több mint kilencven százaléka valamilyen mértékben helyteleníti bármilyen drog kipróbálását. A helytelenítők táborának túlnyomó többsége (70-80%) kifejezetten erősen helyteleníti a kipróbáló magatartást is. (Paksi és Arnold 2007)

I. ábra: A különböző fogyasztói magatartásokat „helytelenítők” illetve „nagyon helytelenítők” aránya (a 18-64 éves válaszolók %-ában)

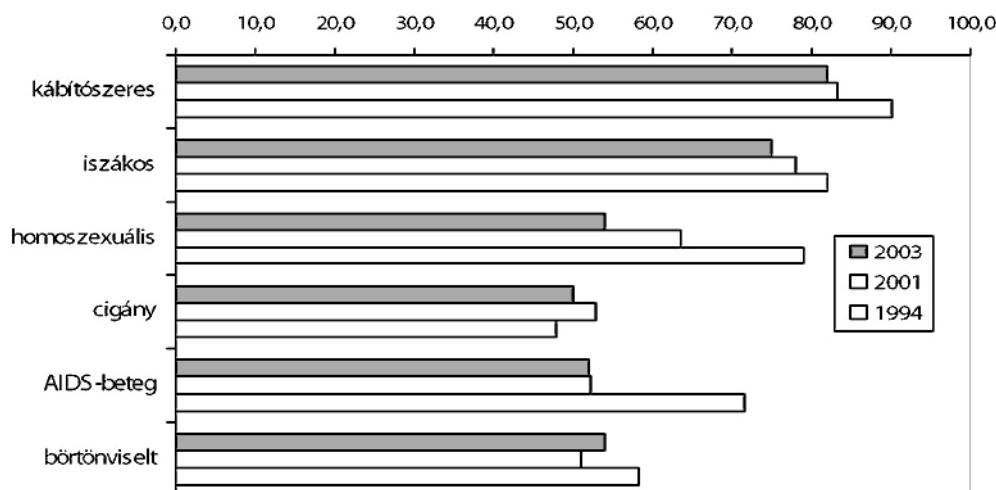


Forrás: Paksi és Arnold 2007

Megfigyelhető, hogy a lakosság minden drog esetében nagy arányban ért egyet a tiltáson alapuló drogpolitikával, bár a marihuána fogyasztással kapcsolatban valamelyest megengedőbb a hozzáállás. A drogfüggőket a lakosság 59,7%-a inkább betegnek tartja, s 21,3% azoknak az aránya, akik inkább bűnözőnek, valamint egyszerre bűnözőnek és betegnek is tartják őket. Azoknak az aránya, akik szerint a drogfüggő sem nem beteg, sem nem bűnöző, mindössze 7,4% a magyar lakosság körében.

Más társadalmi csoportokkal összehasonlítva, melyek esetében szintén gyakoriak az előítéletek (cigányok, börtönviseltek, alkoholisták, homoszexuálisok, stb.), az állapítható meg, hogy a kábítószer-fogyasztók képezik a legkevésbé tolerált társadalmi csoportot Magyarországon. A drogfogyasztókkal kapcsolatos tolerancia tekintetében nem volt megfigyelhető érdemi pozitív változás az elmúlt 14 év során. Ha megnézzük, hogy például a homoszexuálisok és AIDS-betegek esetében milyen mértékben csökkent az intolerancia, akkor különösen szembetűnő, hogy a drogfogyasztók megítélésében milyen csekély mértékű változás volt tapasztalható 1994 és 2003 között. (Paksi 2007)

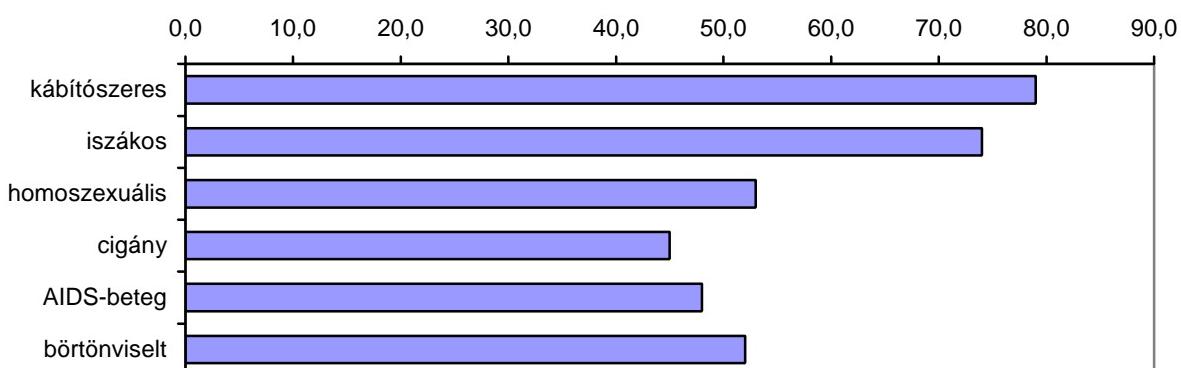
II. ábra: Néhány leginkább társadalmi elítélés alá eső csoport esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók aránya 1994-ben (Gyenei), 2001-ben (Paksi 2003) és 2003-ban (Elekes és Paksi 2003) a normál népesség körében (a válaszolók %-ában)



Forrás: Paksi 2007

Ha mindezt összehasonlítjuk a 2007-es adatokkal, megállapíthatjuk, hogy a mai napig nem történt jelentős elmozdulás a drogfogyasztás jelenségének társadalmi megítélésében. A 2007-es vizsgálat szerint a felnőtt lakosság négyötöde nem kívánna szomszédjául kábítószerest, és 48% azoknak az aránya, akik ha lehetnék, egyértelműen elutasítanák a szomszédsági viszony lehetőségét.

III. ábra: Néhány leginkább társadalmi elítélés alá eső csoport szomszédként való elutasítása 2007-ben (az „inkább nem” és az „ellenezné” válaszok összesen) (a 18-64 éves válaszolók %-ában)



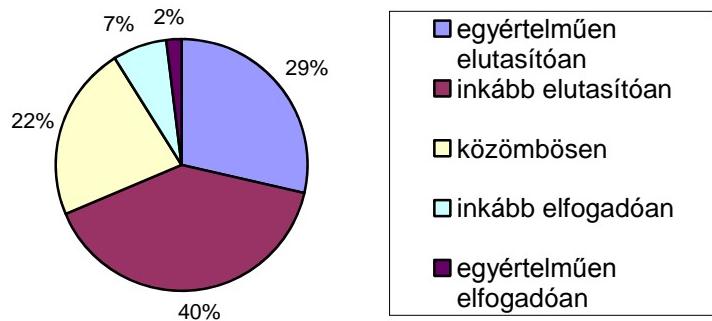
Forrás: Paksi és Arnold 2007

Ami az iskoláskorú populációt illeti, azzal együtt, hogy körükben viszonylag jelentős életprevalencia értékekkel találkozunk, mégis jellemző, hogy nagy százalékban elítőlegen viszonyulnak a drogfogyasztáshoz. Azonban a jelenség megítélést tekintve az ő esetükben jóval differenciáltabb kép jellemző, mint a felnőtt korú népesség körében. A 2007-es budapesti iskolavizsgálat eredményei arra világítanak rá, hogy a 8-10. évfolyamos diákok egyértelműen megkülönböztetik egymástól a rendszeres fogyasztást, az alkalmi fogyasztást és a kipróbálást, ahogy különbséget tesznek az egyes szerek veszélyességét illetően is. (Elekes 2007) Megállapítható továbbá az is, hogy az iskoláskorú populációban belül minél idősebb korosztályt tekintünk, annál nagyobb százalékban találunk olyanokat, akik nem fogadják el azt, hogy a drogfogyasztás bűncselekmény, és akik szorgalmaznák a drogpolitika liberalizálását. (Busa et al. 2004, idézi Felvinczi et al. 2005)

A „*Kirekesztődés és kirekesztés – a droghasználók társadalmi megítelése és kirekesztettsége a kábítószer-fogyasztók és a társadalmi környezet szemszögéből*” című kérdőíves kutatás (Busa et al. 2008, idézi Daróczy et al. 2008) során drogambulanciák és szenvedélybetegekkel foglalkozó szervezetek klienskörébe tartozó személyek kerültek megkérdezésre.

Az ország 18 városából összesen 846 kérdőív érkezett vissza. A válaszadók többségében alkalmi szerhasználóként jellemzték magukat (30,3%). A kipróbálók és a leszokó-félben lévők közel azonos arányban (21,9% és 23,5%) szerepeltek a mintában. A rendszeresen fogyasztók és az absztinensek is közel azonos arányban voltak jelen a vizsgált populációban (11,9% és 12,5%). A válaszadók többsége (69%) úgy ítélt meg, hogy a magyar társadalom elutasító a drogfogyasztókkal szemben. A megkérdezettek benyomásai elég pontosan lefedik a felnőtt populáció körében végzett attitűdvizsgálat fentebb felvázolt eredményeit.

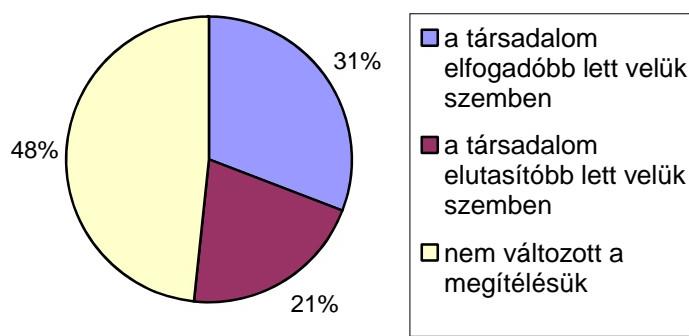
IV. ábra: A „Tapasztalatai szerint, ma Magyarországon az emberek általában hogyan viszonyulnak a kábítószeresekhez?” kérdésre adott válaszok megoszlása (N=771)



Forrás: Busa et al. 2008

Ami az elmúlt évek társadalmi attitűdváltozásait illeti, a válaszadók 48%-a nem észlelt elmozdulást a drogfogyasztók megítélése terén. A megkérdezettek 31%-a válaszolt úgy, hogy a „társadalom elfogadóbb lett velük szemben” és 21%-uk látta negatívabbnak a drogfogyasztók társadalmi megítélését.

V. ábra: „Ön szerint az elmúlt néhány évben változott-e a kábítószeresek megítélése Magyarországon?” kérdésre adott válaszok megoszlása (N= 691)

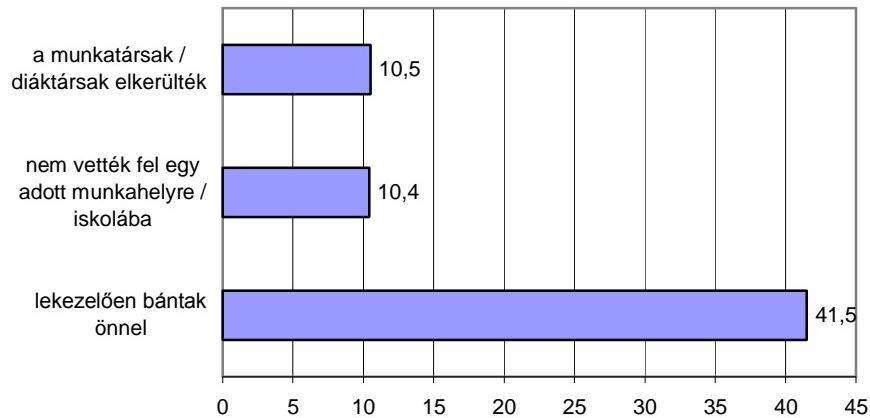


Forrás: Busa et al. 2008

A válaszadók több mint fele (54,4%) jelezte, hogy drogfogyasztása miatt tapasztalt már diszkriminációt. A megkérdezettek 41,5%-a számolt be arról, hogy drogfogyasztása miatt

lekezelően bántak vele, és 10-10%-uk számolt be arról, hogy droghasználata miatt iskolai vagy munkahelyi színtéren érte már hátrányos megkülönböztetés.

VI. ábra: „Ha Önt érte hátrányos megkülönböztetés drogfogyasztás miatt, pontosan mi volt az?”
kérdésre adott válaszok megoszlása (Több válasz is megjelölhető volt.) (N=528)



Forrás: Busa et al. 2008

II/2.2. Orvosok drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdje

A társadalomban jelen lévő attitűdök teremtik meg azt a közeget, mely talajául szolgál a droghasználók körét célzó beavatkozásoknak (ártalomcsökkentő szolgáltatás, pszichoszociális tanácsadás, kezelés, rehabilitáció). Az elutasító közösségi attitűd akár akadályát is képezheti valamely program megvalósulásának. Egy pszichiáterek körében készült kutatás (Barth et al. 2007) arra hívta fel a figyelmet, hogy az átlag populációban fellelhető attitűdök megismerése mellett milyen fontos a droghasználókkal kapcsolatba kerülő szakemberek attitűdjéinek feltérképezése is. A kutatás célja a pszichiáter szakorvosok drogfüggőség-kezeléssel kapcsolatos ismereteinek és véleményének, valamint a drogfüggőkkel kapcsolatos attitűdjének megismerése volt. A vizsgálatban 118 pszichiáter szakorvos megkérdezésére került sor anonim önkötött kérdőív segítségével. A minta nem

tekinthető reprezentatívnak, ezért általános következtetések levonását nem teszi lehetővé, ugyanakkor mindenéppen komoly hiányosságokra hívja fel a figyelmet, s így iránymutató lehet szakorvos-képzés, illetve továbbképzés fejlesztésének tervezése esetén.

Azzal együtt, hogy a kutatás a drogbetegek kezelésére vonatkozó ismeretek tekintetében is érdekes eredményeket tár fel, dolgozatunkban - annak vizsgálati kerete folytán - elsősorban az attitűdökre vonatkozó tapasztalatokra szeretnénk felhívni a figyelmet. A megkérdezett pszichiáterek 28,2%-a feleslegesnek tartja az alacsonyküszöbű, absztinenciát nem megkövetelő programokat, és 11,8%-uk egyenesen károsnak tartja az ilyen jellegű szolgáltatást. Holott ezeknek a szolgáltatásoknak éppen az a céljuk, hogy a droghasználatból fakadó egyéni és közegészségügyi ártalmakat minimalizálják, ilyenformán az intervenciák körében betöltött szerepük nem elhanyagolható. A megkérdezettek több mint kétharmada nyilatkozott úgy, hogy ha teheti inkább nem vállal szenvedélybeteg pácienseket. Arra a kérdésre, hogy ha választhatnának, hogy inkább alkoholbeteget vagy drogbeteget vállalnak, a megkérdezettek háromnegyede azt a választ adta, hogy inkább az előbbi mellett döntene.

A kutatás eredményeinek nagyobb mintán történő pontosítása érdekében 2004-ben újabb adatfelvétel történt pszichiáter szakorvosok körében. Ebből a vizsgálatból az derült ki, hogy a megkérdezett pszichiáterek drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdjéje a normál populációhoz képest kissé elfogadóbb, azonban még így is a drogfüggők képezik körükben a legkevésbé preferált betegcsoportot. (Demetrovics 2007b)

A pszichiáterek körében végzett kutatás eredményeiből kiindulva 2008-ban háziorvosok körében történt adatfelvétel 600 fő bevonásával, rétegzett mintavételi eljárással. (Demetrovics et al. 2008) A vizsgálat célja a pszichiáterek körében végzett kutatáshoz hasonlóan a megkérdezettek drogfüggőség-kezeléssel kapcsolatos ismereteinek, véleményének, valamint a drogfüggőkkel kapcsolatos attitűdjének megismerése volt. A kutatás eredményei szerint a háziorvosok a normál populációhoz képest kevésbé elutasítóak a drogfogyasztókkal szemben, azonban az ő esetükben is ez a legelutasítottabb populáció. A háziorvosok esetében jellemző volt ugyanakkor a továbbképzésekre való nyitottság, valamint az, hogy megfelelő kompetenciák elsajátítását követően nem zárkóznának el a drogfüggők kezelésébe való bekapcsolódástól.

II/2.3. Attitűdök a hazai sajtóban

A drogfogyasztás jelenségének média-megjelenéseit illetően több hazai kutatás is zajlott az elmúlt években. A 2000-2005-ös időszakot vizsgálva megállapítható, hogy a közvélemény befolyásolásának egyik legfontosabb terepe, a nyomtatott sajtó alaposan hozzájárult a drogfogyasztókkal kapcsolatos intolerancia rögzüléséhez. A drogfogyasztás jelenségével kapcsolatos közlések zömmel pejoratív kicsengésűek voltak. (Kenyeres, Mészáros 2005)

A vizsgált időszak elején főleg bűnügyi hírekkel volt tele a sajtó, így a jelenség erősen kriminalizálódott. A fogyasztó, valamint a terjesztő fogalma nagyrészt összemosódott. A 2002-2003-as évtől kezdve fejlődés volt megfigyelhető a közlések tartalmát tekintve. Már nem csak statisztikai közlések, hanem a laikus számára hozzáférhető szakmai publikációk és kiadványok segítettek abban, hogy a társadalmi tudás látómezeje kiszélesedjen, azonban ezek számukat tekintve továbbra is elmaradtak a nagyobb olvasottságra számot tartó bűnügyi vagy bulvár típusú közlésektől. (Székely et al. 2005, idézi Arnold 2005).

Egy médiára vonatkozó másik kutatás (Arnold 2006), mely a 2005-ös írott napi sajtóban megjelenő közléseket vizsgálta, alátámasztja azt, hogy az évek során nem történt jelentős változás a jelenség megítélésében. A napilapok jellemzően a bűnözés kontextusában jelenítették meg a kábítószer-problémát, bűnöző képet sugalltak a fogyasztókról. A kábítószer-problémát érintő cikkek többsége valamilyen burkolt formában, téma választása által negatív konnotációval tüntette fel a kábítószer-jelenséget, s csupán a cikkek 11,6%-a jelenítette meg a kábítószer-problémát olyan formában, amely toleráns attitűd kialakulását vagy fennmaradását eredményezheti. A szerző szerint a jelenséggel kapcsolatos elidegenítő attitűdot erősítő közlések nagyobb arányú előfordulása meghatározó szerepet játszhat abban, hogy a felnött magyar populáció elítélően viszonyul a drogfogyasztókhöz.

II/3. Pszichoaktív szerek fogyasztásának jellemzői a hazai populációban

II/3.1. A felnőtt lakosság drogfogyasztási szokásai

Ezek után nézzük meg azt, hogy a hazai kutatások milyen adatokat tárnak fel a magyar népesség szerfogyasztásai szokásairól. A már említett 2007-es, felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján készült kutatás (Paksi és Arnold 2007) alapján a megkérdezett 18-64 éves korosztály 9,3%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert. Az illegális szerek tekintetében a vizsgált népesség körében mind az élet-, mind az éves prevalenciák alapján változatlanul a kannabisz-származékok fogyasztása a legelterjedtebb (életprevalencia 8,5%). A kannabisz-származékokat az ecstasy (2,4%), az amfetamin (1,8%) és a hallucinogének (1,4%) követik, a többi vizsgált tiltott szer életprevalencia értéke 1% alatti. Jellemző, hogy minél nagyobb lélekszámú településről van szó, annál nagyobb azok aránya, akik az elmúlt egy évben, valamint az elmúlt egy hónapban drogot fogyasztottak.

A folyamatos droghasználók 90,2%-a a 18-34 éves populációból kerül ki, és több mint kétharmaduk nagyvárosi fiatal felnőtt. A fiatal felnőtt populációban mért eredményeket összehasonlítva a korábbi kutatások eredményeivel (Elekes, Paksi 2004, idézi Elekes et al. 2008) megállapítható, hogy az 1990-es évek végével és a 2000-es évek elejével összehasonlítva, az utóbbi 4 évben a tiltott szerek fogyasztásnak növekedése nem folytatódott. A származási státuszt tekintve elmondható, hogy nagyobb arányban fordul elő a tiltott szerekkel való kapcsolatba kerülés, valamint a folyamatos szerhasználat azok körében, akik iskolázottabb családi háttérrel rendelkeznek.

Ezzel kapcsolatban meg kell jegyeznünk, hogy a nemzetközi kutatások arra mutatnak rá, hogy a drogfogyasztás kapcsolata a szülők társadalmi státuszával országonként igen eltérő mintázatot mutat. Az ESPAD kutatásban benne lévő országokat tekintve megállapítható például, hogy a kelet-európai országokban az iskolázottabb szülők gyermekei körében szignifikánsan magasabb életprevalencia értékekkel találkozhatunk. (Paksi B. 2007) Habár az elmúlt években hazánkra az volt jellemző, hogy a drogfogyasztók inkább az alacsonyabb társadalmi státuszú családokból kerültek ki, illetve nem voltak képesek megőrizni származási státuszukat (Vingender 2006), a legújabb eredmények azt

mutatják, hogy manapság a jobb kulturális/gazdasági státuszú családok gyermekei körében magasabb élet- és éves prevalencia értékekkel találkozhatunk, és jellemző az is, hogy a drogfogyasztók megőrzik származási státuszukat. (Paksi, Arnold 2007)

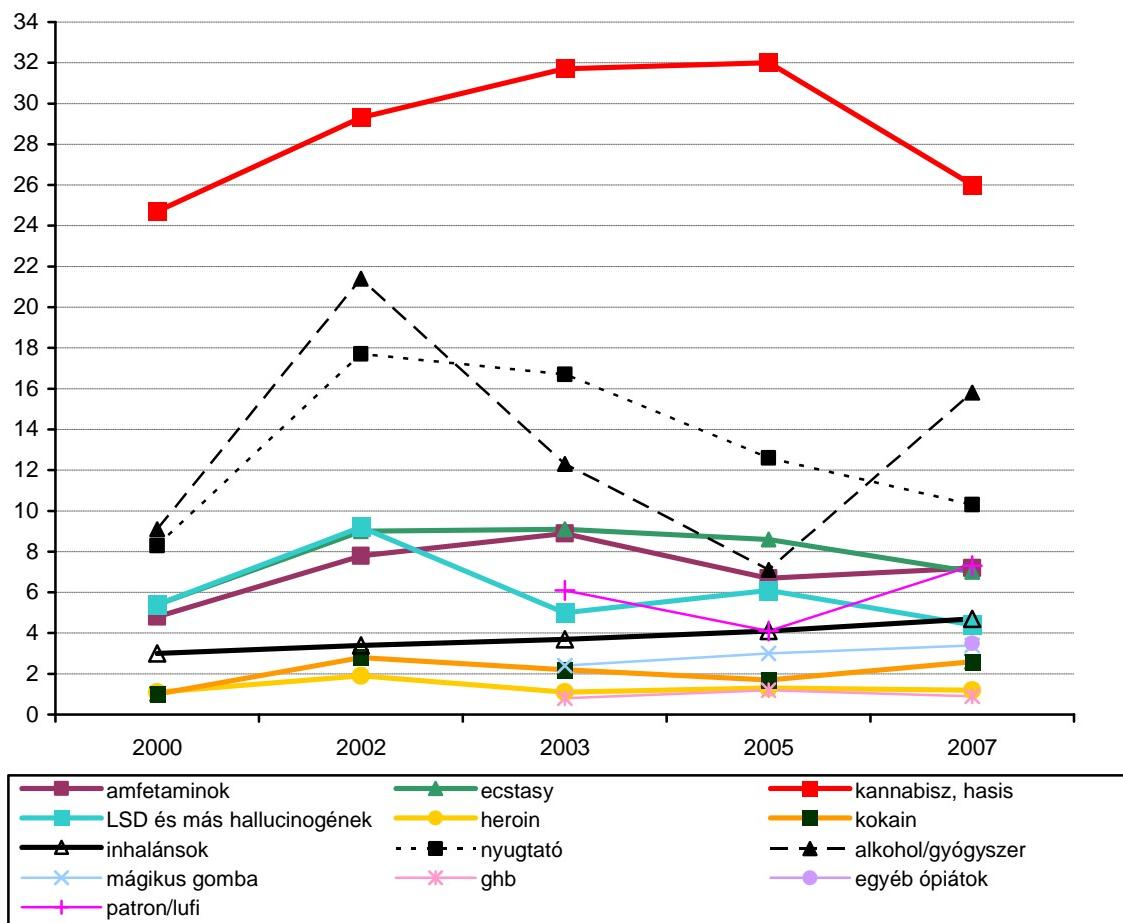
II/3.2. Drogfogyasztás az iskoláskorú fiatalok körében

Az iskoláskorú populációra vonatkozóan országos szinten a 2006-os HBSC felmérés szolgáltatja a legfrissebb adatokat. A felmérésben megkérdezett középiskolások 20,3%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert, vagy használt visszaélésszerűen gyógyszert és/vagy inhalánsokat. A legnépszerűbb drognak a kannabisz tekinthető, melyet a diákok többsége, kísérletező, valamint szociális-rekreációs jelleggel fogyaszt. (Németh 2007)

A 2007-es budapesti iskolavizsgálat eredményei szerint (Elekes 2007) a 8.-10. évfolyamos fővárosi diákok 22,7%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert. A fiúk között magasabb életprevalencia értékekkel találkozhatunk, mint a lányok között és ez a nemenkénti eltérés a magyar népesség egészére, tehát az idősebb korcsoportokra is érvényes. A diákok többsége kipróbáló, vagy alkalmi fogyasztó, és csupán a válaszolók 5,1%-a fogyasztott 20 vagy több alkalommal valamilyen tiltott szert. Az életprevalencia értékek alapján a fogyasztási szerkezet a korábbi évekhez hasonlóan alakul.

Változatlanul a kannabisz a legelterjedtebb tiltott szer, 20,6%-os életprevalencia értékkel. A marihuána után négy legális szer található az elterjedtségi sorrendben: az alkohol gyógyszerrel történő fogyasztása (12,3%), az orvosi recept nélküli nyugtató/altató fogyasztás (10,3%), az N₂O (dinitrogén-oxid/”kéjgáz”, ismertebb nevein patron/lufi) (7,2%) és a szípuzás (6,8%). A legális szerek után hagyományosan az ecstasy (5,8%), amfetaminok (5,2%) és az LSD/hallucinogének (3,8%) következnek a sorrendben. A tiltott szerek kipróbálásának leggyakoribb életkora a fővárosi diákok körében is a 15. életév.

VII. ábra: Tiltott és legális szerek életprevalencia értéke 2000 és 2007 között a 10. évfolyamos fővárosi diákok körében



Forrás: Elekes és Paksi 2000; Paksi és Elekes 2003, Elekes 2004; Elekes 2005; Paksi és Elekes 2005, Elekes 2007

II/3.3. Dohányzás és alkoholfogyasztás a magyar népesség körében

A dohányzás az egyik legjelentősebb életmódbeli kockázati tényezőnek számít, mely a WHO 2002-es jelentése szerint a világban bekövetkező halálozások 8,8%-áért felelős. (WHO 2002) Magyarországon 1970 és 1999 között az összes halálozás 19,6%-a a dohányzással hozható összefüggésbe. (KSH 2002) Ami a dohányzás kipróbálását illeti,

sajnos hazánk az európai átlag fölött helyezkedik el. (Füzesi 2004) A 2006-os HBSC (Németh 2007) alapján elmondható, hogy a cigaretta esetében a kipróbálás leggyakoribb életkora a 13.-14. életév. Ebben a korosztályban a fiatalok közel fele túl van már az első cigaretta elszívásán, és a kipróbálás az életkorral szignifikánsan növekszik. 17 éves korukra a fiatalok 75,1%-a mondhatja el magáról, hogy dohányzott már életében. A 11. évfolyamos diákok megközelítőleg egyharmada (fiúk 37,7%; lányok 33,0%) legalább heti rendszerességgel dohányzik. A jelenleg is dohányzó fiatalok 63,2%-a naponta cigarettázik.

Az OLEF 2003-as jelentése arról számol be, hogy a felnőtt populációban belül a nők 29,9%-a, s a férfiak 40,5%-a dohányzik, többségük napi rendszerességgel. (Boros 2005)

Alkoholfogyasztás tekintetében európai összehasonlításban középmezőnyös országnak számítunk. Ez azonban nem jelenti azt, hogy okunk lenne lebecsülni azokat a statisztikákat, amelyek az alkoholfogyasztással összefüggő problémákra hívják fel a figyelmet. Egyes becslések szerint a magyar népességen belül 8-10% az alkoholfüggők aránya, és a legutóbb vizsgált három évtizedben (1970-1999) az összhalálozás 10,4% -át az alkoholfogyasztás következményei okozták. (KSH 2003) Ez utóbbiak túlnyomó többsége 35-64 év közötti férfi. (Füzesi 2004; Lajtai 2007; Boros 2005)

Az iskoláskorú népesség alkoholfogyasztási mutatói is meglehetősen aggasztóak. Már az 5. évfolyamosok körében igen magas kipróbálási arányokkal (fiúk 46,8%, lányok 35,4%) találkozhatunk, mely az életkor előrehaladtával még inkább növekszik, és a 11. évfolyamosok körében már meghaladja a 90%-ot. Az alkohol kipróbálásának leggyakoribb időpontja a 14. életévre tehető. Az alkoholfogyasztás intenzitását tekintve a 2006-os HBSC vizsgálatból megállapítható, hogy a 11. évfolyamon tanuló fiúk 71,0%-a, és a lányok 51,3%-a életében kétszer vagy többször volt részeg. (Németh 2007) A 2003-as ESPAD kutatás adatai szerint a megkérdezett 9-10. évfolyamos középiskolás fiúk 32,0%-a, és a lányok 22,2%-a volt a kérdezést megelőző hónapban legalább egyszer részeg. Nagyjából heti rendszerességgel a korosztályba tartozó fiúk 12,1%-a, míg a lányok 6,7%-a volt részeg.

A felnőtt korú populációt illetően az OLEF 2003-as, egészségmagatartásra vonatkozó jelentése szerint az alkoholfogyasztás, és különösen a nagyivás a férfiakra jóval jellemzőbb, mint a nőkre. A kutatás szerint a férfiak 17,7%-a számít nagyivónak, míg a

nőknél ez az arány 2,5%. A rendszeresen, nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztók többsége a középkorú férfiak között található. (Boros 2005)

Az alkoholfogyasztással és dohányzással kapcsolatos magatartásmódok változását nagymértékben nehezíti, hogy Magyarországon mindenkor szernek igen magas a társadalmi elfogadottsága. Hazánkban például különösképpen szokás arra hivatkozni, hogy nálunk az alkoholfogyasztásnak hagyománya, mitöbb kultúrája van. Az alkoholbetegséggel összefüggő statisztikák, kiváltképp, amelyek az alkoholfogyasztással összefüggő krónikus betegségeket valamint halálozásokat illetik, már kevésbé láttatják legitim hivatkozási alapnak a hagyományt vagy a kulturális beágyazottságot az alkoholfogyasztás társadalmi elfogadottságát illetően. A kulturális beágyazottság fogalmát ugyanakkor értelmezhetjük úgy is, hogy egy adott szer tekintetében általánosan elfogadott normákkal rendelkezünk azzal kapcsolatban, hogy mit nevezünk mértékletes és mértéken felüli fogyasztásnak. A több évszázados, évezredes társadalmi tanulás eredményeképpen világos fogalmaink vannak arról is, hogy mely fogyasztási módok mely szituációban megengedettek. Ennek értelmében valóban mondhatjuk azt, hogy tisztaiban vagyunk az alkoholfogyasztás társadalmi „szabályaival” és szankcióival, mely ugyanakkor korántsem egyenlő azzal, hogy kultúránkban a kulturált és mértékletes fogyasztási mód az elterjedt. (Demetrovics 2009a)

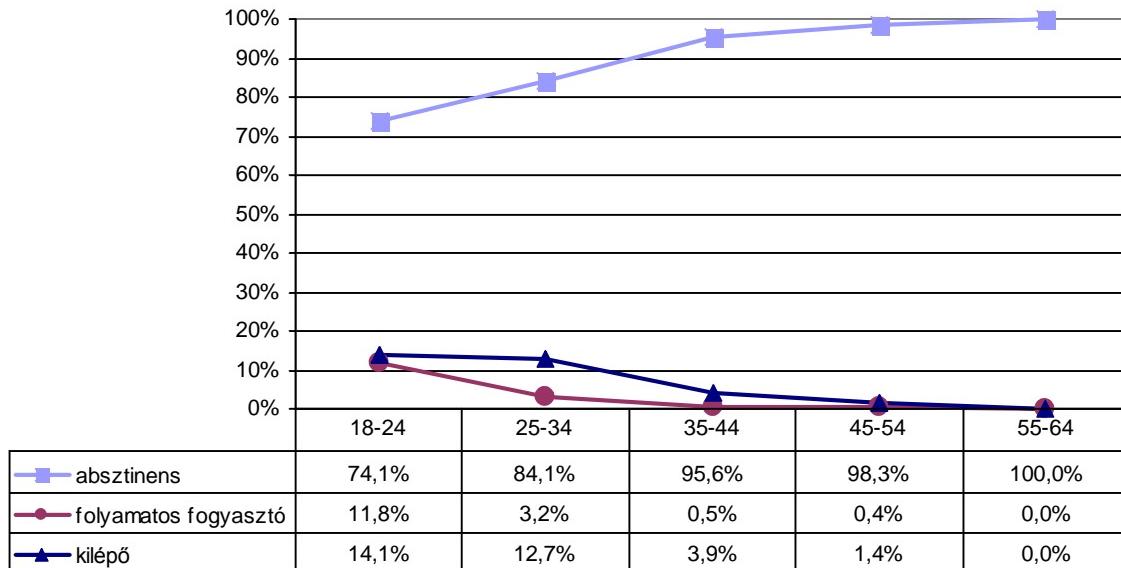
II/3.4. A drogfogyasztás mintázatai

Más európai uniós országokkal összehasonlítva megállapítható, hogy hazánkban a tiltott szerek tekintetében a problémás szerfogyasztás kevéssé elterjedt. Az általunk is vizsgált, és a droghasználat tekintetében leginkább érintett fiatal felnőtt (18-34 év közötti) korosztály tagjai 14-15 évesen kezdték, és az első években intenzíven éltek meg a tiltott drogokkal való kísérletezést. Az életkor növekedésével azonban ez az intenzitás fokozatosan csökken és a szerhasználattal felhagyók (ú.n. kilépők) nagy százalékából arra lehet következtetni, hogy a drogokat kipróbálók, valamint az alkalmi fogyasztók arányához képest viszonylag keveseknél rögzül a szerfogyasztás. Ez utóbbiak körében is csak viszonylag kis százalékok

képviselnek azok, akik számára a függőség kialakulásával a droghasználat a minden napirelődés része lesz. (Felvinczi, Varga 2008)

Azokon túl tehát, akik csupán kipróbáltak valamilyen drogot, illetve a rövid ideig tartó „kísérletező” korszakot követően felhagyott a szerhasználattal, úgy tűnik, létezik az alkalmi szerhasználóknak egy olyan, viszonylag nagy csoportja, akik képesek szerhasználati szokásaikat hosszabb ideig, szubjektív tapasztalatik szerint problémamentesen fenntartani. (Zinberg 2005) Ide sorolhatók a szociális-rekreációs szerhasználók, akik szórakozáshoz, társasági alkalmakhoz kötődően használnak drogokat. A kutatások eredményei arra utalnak, hogy ez a szerhasználati mód a legelterjedtebb. (Demetrovics 2001) A fogyasztók eme csoportjára jellemző, hogy a szerhasználat mellett szociális szerepeik nem sérülnek, képesek megőrizni társadalmi státuszukat, minden napjaikban megfelelően funkcionálnak, képesek munkájuk ellátására, tanulmányaiak végzésére. A folyamatosan fogyasztók és a kilépők arányát tekintve a legjelentősebb változások a 25-34 éves korosztály tekintetében tapasztalhatók. Ebben a korcsoportban csökken a legjelentősebb mértékben a folyamatos fogyasztók aránya. (Felvinczi, Varga 2008)

VIII. ábra: A folyamatos fogyasztók, a kilépők, és az absztinensek aránya a különböző korcsoportokban (az egyes korcsoportokban tartozó válaszolók %-ában)



Forrás: Paksi et al. 2007

II/4. Kutatásunk szemléleti kerete

Ahogy az már a bevezetőben is említésre került, kutatásunk szemléleti keretét illetően a pozitív pszichológiához áll a legközelebb. A pozitív pszichológia azokat a feltételeket és folyamatokat vizsgálja, amelyek hozzájárulnak az egyes emberek és embercsoportok optimális, valamint annál magasabb minőségű működéséhez. Az irányzat gyökerei William James-ig nyúlnak vissza, aki a XX. század elején az egészséges szelleműség tudományos kutatásának meghirdetője volt. A pozitív pszichológia alapjainak megteremtésében nagy szerepet játszottak olyan pszichológusok is, mint Jung, Allport, Maslow és Rogers. Szintén a pozitív pszichológia rendszerén belül helyezhető el Antonovsky szalutogenezis elmélete. (Gable, Haidt 2005; Seligman, Csíkszentmihályi 2000) Mindezért fontos megemlítenünk, mert a kutatásunk során alkalmazott kérdőívek szintén e szemlélet mentén kerültek kifejlesztésre.

A pozitív pszichológia célja hogy a pszichológián belül katalizátora legyen annak a folyamatnak, mely során a hangsúly az élet legrosszabb dolgainak megjavításáról a pozitív tulajdonságok építése felé tolódik el. Ebben a szemléleti keretben az emberek önszerveződő, önierényítő, adaptív lények. Ennek folytán áthelyeződik a hangsúly az ösztönök, *drive*-ok, külső tényezők általi meghatározottságról a belső kiteljesedést szolgáló intrinzik célok felé. Olyan értékes szubjektív élmények állnak figyelme homlokterében, mint a jóllét, az elégedettség, a remény, az optimizmus, a flow élmény és a boldogság. Az egyén szintjén olyan pozitív tulajdonságokra koncentrál, mint a szeretetre, elhivatottságra való képesség, a bátorság, a személyközi készségek (interpersonal skills), az esztétikai érzékenység, a kitartás, a megbocsátás, az eredetiség, a jövőre orientáltság (future mindedness), a spiritualitás, a tehetség és a bölcsesség. A csoportok szintjén azokat a polgári erényeket és intézményeket vizsgálja, amelyek a jobb állampolgárság felé mozdítják az egyéneket – ilyen a felelősségtudat, a gondosság (óvni, ápolni, stb.), a tolerancia, a mértékletesség, valamint a munkaerkölcs. (Seligman, Csíkszentmihályi, 2000)

Ennek a szemléletnek az egészségről való gondolkodásban beállt hangsúlyeltolódás szolgáltat termékeny talajt. A prevenció előtérbe kerülésével a fő szempont a betegségek elkerülésére, megelőzésére helyeződött át, az egészségfejlesztéssel pedig az élet magasabb

minőségűvé alakítása vált irányadóvá. Az új évszázadban kulcsfeladattá válik az emberi erősségek tudományának megteremtése, mely azzal fog foglalkozni, hogy a magasabb életminőség alapjául szolgáló képességeket miként lehet fiatalokban kiépíteni. Végső soron a pozitív pszichológia célja, hogy megmutassa, mely cselekedetek vezetnek jólléthez, pozitív egyénekhez (positive individuals) és virágzó közösségekhez. (Seligman, Csíkszentmihályi 2000)

Ebben a szemléleti keretben kívánjuk vizsgálni annak a szubkultúrának a tagjait, akik saját meghatározásuk szerint önismereti céllal használnak pszichedelikus drogokat.

II/5. Képességfokozás és életminőség-javítás

A pszichoaktív szerhasználat mintázatait vizsgálva felmerül, hogy egyes formáinak céljai között egyfajta fokozott „jóllét” érdekében történő képességfokozás, „öntökéletesítés” (self-enhancement) is állhat.

A kognitív szabadság a gondolatszabadság klasszikus fogalmának kibővítéseként értelmezhető, és az egyének azon jogát írja le, hogy saját lehetséges tudatállapotaik fölött szabadon rendelkezhessenek. A fogalom a közelmúltban került igazán a figyelem homlokterébe, az agy neurobiológiai folyamatainak gyarapodó megértése és az ennek nyomán megnyíló manipulatív lehetőségek révén.

Kognitív szabadságjogok tárgyalásakor egyszerre beszélünk *valamitől* való szabadságról és *valamire* való szabadságról. A gondolat hívei szerint az egyénnek szabadnak kell lennie olyan külső, kényszerítő hatásuktól, melyek tudatállapotát vagy kognitív képességeit befolyásolnák. Ebben a kontextusban merül fel többek között a pszichiátriai kényszergyógykezelések kérdése, valamint igazságszérumok, memóriatörölő gyógyszerek illetve kognitív képességfokozó szerek által felvetett problémák, s idesorolható az illegális drogok fogyasztásának kérdésköre is.

Míg az állami beavatkozások szerepét minimálisra kívánják szorítani, a kognitív szabadság szószólói az egyének döntési szabadságának körébe utalnák a tudatállapotmódosítás, illetve az agyi folyamatok befolyásolásának jogát. Ennek

értermében, amíg az illető nem okoz kárt másoknak, addig nem vonható felelősségre kognitív képességfokozó szerek illetve tudatállapotot módosító anyagok használatáért. A téma tudományos tárgyalásával a neuroetika foglalkozik. (Levy 2007)

A kognitív képességfokozás napjaink leghevesebb vitáit kiváltó kérdésköreinek egyike. Kramer kozmetikai pszichofarmakológiának nevezi azt a jelenséget, mikor egészséges emberek betegségek gyógyítására kifejlesztett szereket használnak jobb pszichés közérzet, erőteljesebb kognitív képességek és gördülékenyebb társas interakciók elérése végett. Az ide sorolható beavatkozások azt a célt szolgálják, hogy a „társadalmilag nem kívánatos” vagy szubjektíven előnytelennek vélt tulajdonságokat „kijavítsák”, mintegy kiköszörülve a természet, vagy a szocializáció által ejtett „csorbát”. (Kramer 1997)

A pszichedelikumok használatát élesen el lehet különíteni a már említett kozmetikai pszichofarmakológiától. Míg az utóbbi közvetlenül a neurokémiai folyamatok befolyásolásával ér el instant változásokat a társadalmilag „nem kívánatos” tulajdonságok terén, addig a pszichedelikumok nem önmagukban, hanem az általuk megélt élmények feldolgozása, integrálása révén fejtik ki személyiségformáló hatásukat, és ezek a változások elsősorban nem instrumentális értékkel, hanem önértékkel bírnak. A pszichedelikus élményekkel összefüggő személyiségváltozások forrása tehát az ágensként megnyilvánuló egyén, s a drog egyfajta katalizátora ennek a változásnak. (Zinberg 2005)

Ezt azért is fontos hangsúlyoznunk, mert a drogfogyasztás jelenségével kapcsolatban gyakran mindenféle differenciáltság nélkül tűnnek fel olyan fogalmak, mint kábítószer, *narkotikum*, *kábulat*, melyek a fogyasztót (mint *narkóst*, *kábítószerest*) a mély passzivitás pozíciójában tüntetik fel, akit jószerivel csak sodor az élet. Számos kutatás vonatkozott az utóbbi években az ágencia és a különféle szerhasználati mintázatok kapcsolatára vonatkozóan, melyek azt bizonyítják, hogy ez a kérdés jóval árnyaltabb megközelítést érdemel. (Rácz 2006a, 2007)

II/6. Pszichedelikumok és pszichonauták

A képességfokozás rendkívül érdekes téma, s minket most elsősorban az a vonulata érdekel, amely az olyan magasabb pszichológiai szükségletekhez kapcsolódik, mint az önismeret, önbecsülés, valamint az élet értelmes egészként való megélése. (Maslow 1943). Ezeknek a szükségleteknek a kielégítéséhez a drogok közül leginkább a *hallucinogéneket* szokás társítani.

Kultúrtörténeti szempontból vizsgálva a *hallucinogén* szerek csoportját, elmondható, hogy ezeket a szereket évezredek óta, egészen a napjainkig használják bizonyos kultúrákban spirituális gyakorlatok részeként. Ilyen célú használat esetében ezek a szerek szakramentumként vannak jelen, melyek az adott közösség hite szerint segítik a transzcendenciával való kapcsolat elmélyítését. Ennek folytán ezeket a szereket *enteogéneknek* is szokás nevezni, mely annyit tesz: “a belül rejlő istenit felszínre hozó”. Ugyanezek a szerek a *pszichedelikum* címszó alatt kerültek be a ‘60-as évek jóval evilágibb ifjúsági ellenkultúrájába, mint a kreativitás serkentői és a társadalmi változás, szabadság szimbólumai (Zinberg 2005). A fogalom ógörög nyelvi gyökereit tekintve a ψυχή (psyché) és a δῆλος (délios) szavak összetételeként valami olyat jelöl, amely a lélek/elme megnyilatkozását segíti elő.

Ebbe a csoportba az alábbi szerek tartoznak:

1. LSD (lizergsav-dietilamid);
2. pszilocin és pszilocin tartalmú *Psilocybe* fajhoz tartozó „varázsgombák”;
3. meszkalin tartalmú kaktuszok, mint pl. a “peyote” (*Lophophora williamsii*) és “San Pedro” (*Trichocereus* faj);
4. DMT (N,N-dimetil-triptamin) valamint DMT tartalmú készítmények, mint pl. az *ayahuasca* főzet ill. a szippantott *yopo*;
5. szalvinorin-A tartalmú látnokzsálya (*Salvia divinorum*); valamint
6. LSA (lizergsav-amid) ami pl. az égszínkék hajnalka (*Ipomoea violacea*) vagy a Hawaii törpe farázsa (*Argyreia nervosa*) magjában fordul elő.

Fontos megjegyezni, hogy ezeknek a szereknek a jogi státusza alapvetően eltérő lehet. Míg az LSD, pszilocibin, meszkalin és N,N-DMT az 1971-es Pszichotrop Anyagokra vonatkozó bécsi ENSZ-egyezmény által ellenőrzött szerek, addig az utóbbi három anyag természetben előforduló forrásaira (pl. gombák, kaktuszok, és főzletek növényi alapanyagai), valamint a látnokzsályára és az LSA-ra nem vonatkozik jogi szabályozás. A szabályozás tekintetében világszerte számos kivétel létezik, mely jól érzékelteti a politikai indíttatású drogtörvények variabilitását.

Létezik a szerhasználóknak egy csoportja, akik alkalmi jelleggel és elsősorban önismereti célzattal használnak pszichedelikumokat. Az ilyen motivációjú szerfogyasztók a *pszichonauták* underground szubkultúrájába tartoznak. Kutatásunk rájuk irányul. A *pszichonauta* kifejezés azt jelenti: „a lélek/elme hajósa”, mely arra a barangoló, felfedező jellegű „utazásra” utal, amit ennek a szerhasználói csoportnak a tagjai szoktak tenni pszichedelikumok fogyasztása által.

A Magyar Pszichedelikus Közösség honlapján (www.daath.hu) található élménybeszámolók, valamint szakirodalmi adatok (Prepeliczay 2002; Zinberg 2005) egyaránt alátámasztják azt a feltételezésünket, hogy a tudományos körökben leggyakrabban felsorolt, és magyarázó modellként a laikus diskurzusokban is előszeretettel hivatkozott drogfogyasztási célok és okok (pl. kíváncsiság kielégítése, unaloműzés, szenzoros élménykeresés, öngyógyítás, menekülés az élet problémái elől) mellett számos egyéb, jól körülhatárolt indíttatás lehetséges. Ilyen drogfogyasztási célzat lehet az önismeret fokozása is. Amellett, hogy a pszichedelikumok szerepet játszhatnak spirituális élmények előidézésében, illetve felerősítésében (Pahnke 1963; Doblin 1991; Babusa, Bartha 2005), a fogyasztóik tapasztalatai szerint alkalmasak arra is, hogy az általuk előidézett élmények segítségével fokozzák önismeretüket és kreativitásukat, elmélyítsék világtapasztalásukat, valamint hogy erkölcsileg érzékenyebbé és felelősségteljesebbé váljanak az őket körülvevő világgal szemben. Vallási és spirituális gyakorlatok, kreatív folyamatok, szociális kohézió és önismeret mind kielégíthetnek magasabb pszichológiai szükségleteket, ily módon hozzájárulva a mentális jólléthez. (Maslow 1943)

A pszichedelikus élmények szerepet játszhatnak abban, hogy az egyén a világegész integráns részeként tapasztalja meg magát, aki szoros ráualtságban létezik együtt más

élőlényekkel és dolgokkal. Ez a tapasztalat elvezethet a filozófia és az etika olyan alapvető gondolatainak realizálásához, minthogy az ember által kialakított viszonyok alapja dialogikus legyen (Buber 1994), hogy az ember a másikra mindig célként és sohasem eszközök ként tekintsen (Kant 1998), valamint hogy minden nap tevékenységeit, cselekvéseit úgy alakítsa, hogy azok elsősorban önértékkel és ne pusztán instrumentális értékkel bírjanak. Ez az élethez való viszonyulás szoros kapcsolatban áll a flow-élménnyel (Csíkszentmihályi 2004), mely a személyiséget kiteljesedésének és képességei fejlődésének nagy hatóerejű előremozdítója lehet. Oláh Attila *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény* című könyvében így ír a flow-élménnyről: „A flow átélése egy olyan működési állapot, amelynek gyakoriságával arányos következmény képességeink differenciálódása, személyiségeink gazdagodása, egy saját magunk teremtette boldogság és tudatosságunk komplexitásának növekedése... a flow a lélek szárnyalásának megélése, az út élménye, amely út a boldogságot eredményező célállomásokon keresztül halad az önkitaljesülés határtalanságába. A flow arról szól, hogy mit élünk át az úton, amelyen igyekszünk valahová...” (kiemelés tőlem S.K.) (Oláh 2005, 112. oldal)

A pszichedelikus szerek azonban nem csak tradicionális törzsi társadalmak, valamint posztmodern underground szubkultúrák részeiként értelmezhetőek. A 20. század elejétől kezdve fellelhető velük kapcsolatban a tudományos irányultságú érdeklődés is, mivel hatásprofiljuk magában rejti a terápiás alkalmazhatóság lehetőségeit.

II/7. A pszichedelikumok kutatási és terápiás célú alkalmazására irányuló törekvések

Annak érdekében, hogy világosabbá tegyük, miért tartjuk relevánsnak az önismereti célzat vizsgálatát a pszichedelikum-fogyasztók esetében, hasznosnak tartottunk egy rövid kitékintést nyújtani azokra a törekvésekre, kutatásokra, amelyek az elmúlt 100 évben a pszichedelikumok ilyen irányú alkalmazási lehetőségeinek feltérképezését szolgálták.

A pszichoaktív szerekkel való önkísérletezés gyökerei megtalálhatóak a nyugati pszichológiában, különösképpen a korai 20. század fenomenológiai irányultságú

tudatkutatásában. Módosult tudatállapotok személyes felderítése, majd az ezekre irányuló deskriptív introspekció mára klasszikussá vált műveket eredményezett olyan szerzőktől, mint William James, aki a dinitrogénoxid (“kéjgáz”) használója volt, Henrik Klüver, aki meszkalinnal kísérletezett, vagy Aldous Huxley, aki meszkalin-élményeit a *The Doors of Perception* (magyarul: *Az észlelés kapui*) című művében vetette papírra. (James 1902; Nahm, Pribram 1998; Huxley 1954).

A prototípusan hallucinogén szernek számító LSD pszichoaktív tulajdonságainak felfedezése szintén egy tervezett önkísérlethez kötődik, melyet Albert Hofmann svájci vegyész végzett 1943-ban (Hofmann 1980). Hasonlóan eltökélt hozzáállás jellemzi a szerves kémiával foglalkozó Alexander Shulgint, aki négy évtizedes úttörő munkássága során több száz új fenetilamin és triptamin származékot szintetizált és próbált ki abból a célból, hogy minden egyes szer esetében pontos leírást tudjon adni, annak hatásáról. (Shulgin, Shulgin 1991, 1997) John C. Lilly 1950-es években végzett ingermegvonásos, LSD, és ketamin önkísérletei további példái az emberi psziché tudatmódosító szerekkel és technikákkal való felfedezésének (Lilly 1972).

Számos hallucinogén szer, köztük az LSD és a pszilocibin pszichofarmakológiai tulajdonságai már pár évtizede viszonylag jól ismertek. Kontrollált körülmények között zajlott kutatások arra mutattak rá, hogy ezek a szerek fiziológiaileg biztonságosak, gyakorlatilag lehetetlen őket túladagolni és nem okoznak függőséget (Passie et al. 2002, 2008). A hallucinogén szerek alkalmasak ideiglenes és visszafordítható módosult tudatállapotok létrehozására, az észlelés, figyelem, kogníció, emlékezet, öntapasztalás/öntudat és egyéb pszichológiai alrendszerök alapjául szolgáló neurális mechanizmusok jelentős mértékű modulálása révén (Farthing 1992). Egyes kutatók amellett érvelnek, hogy amennyiben a mentális működés ilyen mélyreható módosulásai szándékosan, támogató közegben valamint megfelelő fogalmi és világnezeti háttérrel valósulnak meg, úgy a hallucinációs élmények kiemelkedők és mélyen jelentőségteljesek lehetnek. (Zinberg 2005)

Gondosan felügyelt körülmények között, például kutatási vagy terápiás helyzetekben, tartós, illetve visszatérő negatív pszichológiai, fiziológiai utóhatások nélkül érhetőek el célzott tudatállapotok. (Grinspoon, Doblin 2001; Griffiths et al. 2006) Az 1960-as években

fellobbant az érdeklődés a pszichedelikumok terápiás célú alkalmazása iránt. A pszichedelikus terápiába vetett remények oka az volt, hogy sokan arról számoltak be, hogy szerek hatása alatt megszűnt vagy jelentősen csökkent a bűntudatuk, szorongásuk, depressziójuk, sokkal elfogadóbbakká váltak magukkal szemben, és toleránsabbá mások irányában. A dinamikus pszichoterápiában is próbálták alkalmazni őket a regresszió és a szimbolikus dráma-folyamatok gyorsítása végett. Alapvetően kétféle terápia alakult ki:

- Pszicholitikus terápia: néhány terápiás ülés csekély mennyiségű pszichedelikum (LSD, pszilocibin) alkalmazásával. A pszicholitikus terápia jelentése szerint tudatlazító terápia, melyet főleg neurotikus zavarok és pszichoszomatikus tünetek kezelésénél alkalmaztak, elsősorban a tudattalan könnyebb és gyorsabb hozzáférése céljából.
- Pszichedelikus terápia: általában egyetlen ülés, nagy dózisú pszichedelikum alkalmazásával. Ezzel a terápiával főleg erős konverziós-, illetve misztikus élményeket akartak provokálni, melyek az elmélet szerint különösen alkoholisták és antiszociális személyiségek számára rendelkezők számára lettek volna javallottak.

A pszichedelikumokkal végzett terápiák hatékonyságát vizsgáló korai kutatások mai szemmel számos módszertani problémát rejtettek magukban, ezért eredményeiket fenntartásokkal érdemes kezelnünk. Ellentmondásos következtetésekhez vezettek az alkoholisták kezelésével kapcsolatban, ugyanakkor a terminális stádiumban lévő betegek szorongásának csökkentése terén igen bíztató eredményeket mutattak fel. Már 1965-ben alkalmaztak LSD-t végső stádiumban lévő haldoklóknál a félelem és a szorongás oldására. Ezt követően a szerekkel kapcsolatos jogi szabályozás folytán fel kellett függeszteni ezeket a kezeléseket és kutatásokat. Ugyanakkor az elmúlt évtizedben újraéledt az érdeklődés a pszichedelikumok terápiás célú alkalmazása iránt, és jelenleg több ilyen irányú tudományos kutatás folyik szerte a világban a pszichedelikumokkal kapcsolatban. (Grinspoon, Dobkin 2001) Az aktuális kutatásokkal kapcsolatban az 1. sz mellékletben készítettünk egy listát.

II/8. Az egészség fogalma

Az Egézségügyi Világszervezet (WHO) több évtizede megfogalmazott s máig is leggyakrabban idézett egészségdefiníóját számos kritika érte, bizonyos tekintetben joggal. Az a meghatározás, hogy „az egészség a teljes testi, lelki, szociális jöllét állapota, és nem pusztán a betegség vagy a fogyatékosság hiánya” valóban haladónak minősül a patogenikus modellhez képest. Ez a meghatározás azonban idealisztikus és statikus jellege folytán mégsem tekinthető korszerű definíciónak. A tapasztalatok fényében a WHO a Lalonde-report és az Ottawai Charta által felülírta ezt a megfogalmazást és az egészségfejlesztés definíójával egy dinamikus egészségfogalmat tett sajátjává, mely az egészséget folyamatként írja le. Ez a definíció egyúttal kevésbé paternalisztikus szerepet tulajdonít az egézségügy intézményrendszerének és nagyobb kontrollképességet az egyénnek. Az egészségfejlesztés a WHO definíciója szerint azt célozza meg, hogy az emberek képessé váljanak egészségük javítására. (Ewles, Simnett 1999)

Jelentős fogalom ebben a tekintetben az *empowerment*, mely magyarul leginkább körülírással ragadható meg. Az *empowerment* hatalommal, erőforrásokkal való felruházottságot jelent – az egyéneknek és csoportoknak azt a képességet jelöli, mely által kompetensnek és cselekvőnek tapasztalhatják meg saját magukat az egészségüket és jöllétéket érintő kérdésekben. Az *empowerment* fogalmához szorosan kapcsolódik a felelősséggel felruházott egyén fogalma is, aki képes önmaga irányítására. Azonban egy másik, kritikai aspektusból ez az egyén a társadalom elvárásait internalizálva oly módon alakítja önmagát, bontakoztatja ki saját képességeit, hogy ezáltal a piacgazdaság viszonyaihoz jól idomuló, fokozottan produktív tagja legyen a társadalomnak. Ezt a jelenséget Foucault a *governmentality* kritikai fogalmával ragadta meg, és az ō nyomán más szerzők is foglalkoztak az *empowerment* kétélű jelenségevel. (Rácz 2006b, 2006c) A jelenség kétélűségét az adja, hogy az *empowerment* a piacgazdaság produktivitásának fenntartása mellé szegődött egyének és csoportok sajátja, akik jellemzően kizártják a társadalmi diskurzusból azokat a többnyire hatalommal nem rendelkező egyéneket és csoportokat, amelyek magatartása, életmódja nem fejez ki elköteleződést a fennálló társadalmi rend iránt, mitöbb, alkalomadtán annak bomlasztására irányul. (Rácz 2006c)

Mind a lakosság, mind a média attitűdjeit feltáró kutatások alátámasztják azt a tényt, hogy a drogfogyasztók, mint homogénnek tételezett csoport elszenvedője ennek a jelenségnek.

II/9. Életminőség

Visszakanyarodva az egészségfogalom változásához, ki kell emelnünk, hogy kutatásunk szempontjából rendkívül lényeges Aaron Antonovsky szalutogenetikus elmélete. Az élő szervezet egy dinamikus, nyitott rendszer, ekképp folyamatosan érik olyan behatások, melyek kizökkentik addigi működésmódjából, egyensúlyi állapotából. A szalutogenetikus rendszerében az egészség egy fejlődési folyamat, melynek segítségével túl tudunk lépni az egyensúlyi helyzet felborulásán. Ennek folytán az egészség nem attól függ, hogy milyen hatások érik az egyént, hanem attól, hogy ezekre a hatásokra milyen módon, milyen hatékonyággal reagál, hogy milyen mértékben képes mozgósítani belső erőforrásait. A szalutogenetikus tehát az egészséget nem egy megragadható stabil állapotnak tekinti, hanem olyan folyamatnak, amely zavaró külső behatásokra adott válaszként a belső erőforrások hatékony mozgósítását teszi lehetővé, így állítva helyre a megbomlott egyensúlyt. (Antonovsky 1987)

Szokatlan, kivételes élmények is részei lehetnek a mentális egészségnak, amennyiben az egyén képes a történésekkel konstruktív következtetéseket levonni, bennük értelmes válaszokra lelni. Az élet eseményeinek értelmessége, valamint az abbéli hit, hogy a dolgok végső soron jól alakulnak, képezik a koherencia-érzet alapját. A koherencia érzete protektív tényezőként funkcionál, mely hatékonyabb pszichológiai működéshez és jobb életminőséghez vezet. Azoknak az erőforrásoknak a halmaza, melyek a stresszre adott gyors választ teszik lehetővé, és amelyek a mentális egészség előfeltételei, felfoghatók egyfajta pszichológiai immunrendszerként. (Oláh 2005) Az önismeret is része a mentális egészség folyamatának, amennyiben technikái tudatosan kerülnek alkalmazásra a belső erőforrások mélyebb feltérképezése érdekében. Ebben az értelemben az önismereti célú droghasználat egyfajta „tréninghelyzet”, mivel szándékosan kivételes élményeket provokál az önismeret növelése érdekében.

III. Pszichedelikus drogokat önismereti célzattal használók életminősége a pszichológiai immunkompetencia, az életcélok, és az intrinzik spiritualitás mentén

III/1. A kutatás célja

Az elkövetkezendőkben ismertetésre kerülő felmérés egy nagyobb kutatás része, melynek célja, hogy egy speciális droghasználó csoport vizsgálata révén differenciáltabb képet nyújtunk a drogfogyasztás jelenségéről, különösképpen az általunk vizsgált szerfogyasztói csoportról. Vizsgálódásunkban a célcsoport egyes szociodemográfiai és pszichológiai jellemzőinek megismerése mellett a szerfogyasztás céljaira, valamint a szerfogyasztás életminőségre gyakorolt hatásaira koncentrálunk. A kutatás eredményeivel szeretnénk hozzájárulni a prevenciós, valamint ártalomcsökkentő szolgáltatások hatékonyabb tervezéséhez.

III/2. A kutatás tárgya

Kutatásunk a pszichedelikumokat önismereti célzattal fogyasztók csoportjára vonatkozik. Azt kívántuk megismerni, hogy ennek a célcsoportnak a tagjai miként viszonyulnak az élethez, valamint milyen megküzdési forráskapacitással rendelkeznek a más szerfogyasztási célzattal és mintázattal rendelkezőkhöz, és a legfeljebb alkoholt és dohányt fogyasztó személyekhez képest. Vizsgáltuk továbbá a spirituális beállítottságot is, melyet számos kutatás a drogfogyasztással szembeni védőfaktorként tart számon.

Fontos hangsúlyoznunk, hogy úgynevezett „nem-problémás szerfogyasztókat” vizsgálunk, mely meghatározás a szakirodalom szerint elsősorban olyan személyekre utal, akik egyrészt szerfogyasztásukkal összefüggésben nem jelennie meg az ellátórendszerben, másrészt ezzel egyidejűleg társadalmilag is megfelelően funkcionálnak, tehát szerfogyasztásukkal összefüggően nem tartoznak a leszakadó, sérülékeny csoportok körébe.

III/3. Hipotézisek

Anekdotikus bizonyítékok – több száz online elérhető élménybeszámoló – alapján a kiinduló feltételezésünk az volt, hogy az élet értelmességének érzésében, valamint a coping stratégiák terén különbség kellene, hogy észlelhető legyen önismereti célzatú pszichedelikum-fogyasztók, és más drogokat más céllal fogyasztók között. További előzetes várakozásunk az volt, hogy azok, akik önismereti céllal használnak pszichedelikumokat, jól elkülöníthetően más viszonnyal rendelkeznek a spiritualitáshoz, mint a másik két csoport tagjai.

Kutatásunk során tehát az alábbi hipotézisek kerültek tesztelésre:

1. Hipotézis: A pszichedelikumokat önismereti célzattal fogyasztók
 - a) erősebb megküzdési forráskapacitással rendelkeznek, mint a nem önismereti célzatú drogfogyasztók és
 - b) hasonló megküzdési forráskapacitás jellemzi őket, mint a legfeljebb alkoholt és dohányt használó személyeket
2. Hipotézis: Az önismereti célzatú pszichedelikum-fogyasztók az élet értelmességének megélése tekintetében
 - a) jobb mutatókkal rendelkeznek, mint a nem önismereti célú drogfogyasztók
 - b) hasonló mutatókkal rendelkeznek, mint a legfeljebb alkoholt és dohányt fogyasztó személyek
3. Hipotézis: Az önismereti célzatú pszichedelikum-fogyasztók a spiritualitáshoz való viszony tekintetében erősebb mutatókkal rendelkeznek, mint a nem önismereti célzatú szerfogyasztók és a legfeljebb alkoholt és dohányt fogyasztó személyek, ennek folytán árnyalásra szorulnak azok a kijelentések, melyek a spiritualitást a droghasználattal szembeni védőfaktorként értelmezik.
4. Hipotézis: A pszichedelikus szerek önismereti célzatú használata az életminőséget intenzívebben és irányultságát tekintve pozitívabban befolyásolják, mint más, általunk vizsgált pszichoaktív szerek használata.

III/4. A minta

A mintával kapcsolatban fontos hangsúlyoznunk, hogy mivel kutatásunk egy speciális csoport jellemzőinek vizsgálatára irányult, ezért nem állt módunkban véletlenszerű és reprezentatív mintavételi eljárást alkalmazni. Ennek folytán kutatásunk eredményei nem általánosíthatóak.

Kutatásunk alanyait több forrásból, hólabda módszerrel gyűjtöttük. A dolgozat II. részében ismertetett epidemiológiai adatok fényében elsősorban a 18-34 év közötti korosztályból próbáltunk alanyokat toborozni, mivel a folyamatos szerfogyasztás prevalenciája ebben a populációban a legelterjedtebb. Az adatgyűjtés forrásai közé tartoztak többek között egyetemi levelezőlisták, online közösségi portálok üzenőfalai, valamint szórólapok és plakátok segítségével is próbáltunk alanyokat toborozni. A célcsoportba tartozó alanyok elérésében a DAATH Magyar Pszichedelikus Közösség (www.daath.hu) honlapja szolgált segítségünkre.

Kutatásunk során online kérdőívet alkalmaztunk, melynek 3 hónapos elérhetőségi ideje alatt összesen 796 adatlapot gyűjtöttünk be, melyek közül 667 volt megfelelően kitöltve. Abból a célból, hogy elkerüljük azt a hibát, hogy nem-problémás szerhasználókat hasonlítunk össze problémás szerhasználókkal, elvégeztünk egy előzetes elemzést, melynek eredményeképpen 78, saját szerfogyasztását problémásnak ítélni alanyt zártunk ki a mintából. A saját szerhasználatukat problémásnak ítélik kizárása után az elemzésre alkalmas kérdőívek száma 589-re csökkent, melyből 467 korábbi vagy jelenlegi droghasználók, és 122 legfeljebb alkoholt és dohányt fogyasztó személyek válaszait tartalmazta. A válaszadók kora 13 és 59 év között mozgott (átlagéletkor 23,8; szórás 6,4). A nemek arányát tekintve a minta 247 nőből (41,9%) és 342 férfiből (58,1%) állt. A csoportok hiteles összehasonlítása érdekében elvégzett illesztés következtében, 50-50-50 fős csoportokat hoztunk létre. A önismereti célzatú pszichedelikum fogyasztókból álló célcsoport (későbbiekben *PSY*), a más célzattal jellemzően más drogokat fogyasztó kontrollcsoport (későbbiekben *KI*), valamint a dohányon és alkoholon kívül más pszichoaktív szert nem fogyasztó kontrollcsoport (későbbiekben *K2*) az életkor, a településtípus és a legmagasabb iskolai végzettség alapján került összeillesztésre.

III/5. Adatfelvételi módszerek

III/5.1. Technikai Háttér

Kutatásunkban anonim, önkítőtők kérdőíveket alkalmaztunk. Mivel a szerfogyasztással kapcsolatos kérdések meglehetősen szenzitívek, továbbá mivel a célcsoport elérésére a legcélszerűbb közegnek az internet mutatkozott, ezért az online kérdőíves módszer mellett döntöttünk. Regisztráltunk egy internet domain-t (www.psyd.hu) és felállítottunk egy web-szervert. Online kérdőívünket a Webropol szoftver segítségével készítettük el (www.webropol.com), ami lehetővé tette a dinamikus oldalléptetés használatát, vagyis a kérdőív oldalainak korábbi kérdésekre adott válaszok függvényében történő megjelenítését. Továbbá, a program előfeldolgozás céljára Microsoft Office Excel formátumba tudta exportálni az adatokat, mely szintén nagy segítségünkre volt a kiértékelés során.

III/5.2. Alkalmazott kérdőívek

Az alkalmazott kérdőív-csomag nyolc részből állt: egy tájékoztató oldalból, egy tájékozott beleegyezési nyilatkozatot tartalmazó oldalból, szociodemográfiai kérdésekből, szerhasználati szokásokat illető kérdésekből, valamint három pszichológiai mérőeszközből, méghozzá a Pszichológiai Immunrendszer Kérdőívből (PIK), az Életcél Kérdőívből (Purpose in Life Test - PIL), és az Intrinzik Spiritualitás Skálából (Intrinsic Spirituality Scale - ISS). A célcsoportba tartozó alanyok esetében a kérdőív végén megjelent egy felhívás, mely a kutatás következő, kvalitatív szakaszával kapcsolatos alapvető tudnivalókat is tartalmazta.

Az alkalmazott mérőeszközök kiválasztásánál fontos szempont volt a nemzetközi és a hazai összehasonlíthatóság, tehát az, hogy olyan teszteket alkalmazzunk, amelyek megfelelően validáltak, széleskörűen alkalmazottak, s szakmailag magas szinten elfogadottak. A kérdőívet a 2. sz. *melléklet* tartalmazza.

III/5.2.1. Szociodemográfiai kérdések

A szociodemográfiai kérdések a célcsoport szociodemográfiai sajátosságának feltárása mellett a csoportok összeillesztésében játszottak szerepet. A kérdőívnek ebben a részében a korra, a nemre, településtípusra, iskolai végzettségre, tanulmányi/foglalkoztatási státuszra, valamint a szülők iskolai végzettségére kérdeztünk rá.

III/5.2.2. Szerfogyasztási szokásokat vizsgáló kérdőív

A kérdőív-csomagnak ez a része úgy lett kifejlesztve, hogy lehetővé tegye a célcsoport fókuszáltabb vizsgálatát és pontosabb elkülönítését a két kontrollcsoporttól. Ennek érdekében az ESPAD kérdőívet alapul véve egy olyan szertáblázat került kidolgozásra, amely ugyan kevésbé differenciálja a szerfogyasztás gyakoriságát, ugyanakkor könnyebben elkülöníthetővé teszi az egyes vizsgálandó csoportokat. Ez a módosítás a szerfogyasztás intenzitása tekintetében szükséges és elégsges adatok lekérdezését teszi lehetővé, s ezzel egyidejűleg meg is könnyíti a kérdőív kitöltését. A másik módosítás az ESPAD kérdőívhez képest, hogy saját fejlesztésű kérdőívünk a szerek tekintetében bővebb repertoárral rendelkezik, mint az ESPAD. Ez utóbbit az indokolta, hogy hipotézisünk szerint a célcsoportba tartozó személyek olyan pszichoaktív drogokat is használnak, amelyek nem szerepelnek különállóan az ESPAD kérdőívben. A célcsoport speciális jellemzői, valamint a szerfogyasztási szokások differenciáltabb vizsgálata indokolta szertáblázat kibővítését.

Ahogy az ESPAD kérdőívben, úgy itt is, szűrő funkcióként bekerült a táblázatba a Relevin nevű „fantáziadrog”. Ez nagy segítségünkre volt abban, hogy kiszűrjük a mintából azon személyek egy részét, akik félrevezető szándékkal, netán minden szándékot nélkülözve jelölgették be a különböző válaszlehetőségeket. A hitelesebb adatok érdekében a kérdőívre több ilyen szűrőt is beépítettünk. Mivel vizsgálatunk a pszichoaktív drogok fogyasztására vonatkozott, ezért az ESPAD táblázatban szereplő anabolikus szteroidokat kihagyuk a kérdőívből.

A szerfogyasztási szokásokat vizsgáló kérdőív dinamikus struktúrával rendelkezik. Ez egyrészt megkönnyítette az alanyok számára a válaszadást, mivel a kitöltő előző válaszainak függvényében jelentek meg a számára releváns kérdések. Másrészt lehetőséget adott a célzottabb, pontosabb kérdésfeltevésre, valamint meglehetősen sok szempont vizsgálatára anélkül, hogy a kérdőív elviselhetetlen hosszúságú lett volna. Ez utóbbi veszélyeztette volna a kutatás sikerét, így kiemelt szempontunk volt, hogy ezt elkerüljük.

Azon túlmenően, hogy rákérdeztünk a szerfogyasztás időtávlatára és intenzitására, vizsgálatunk szempontjából lényegesnek találtuk megkérdezni azt is, hogy az alanyok szubjektíven problémásnak ítélik-e szerfogyasztásukat. Emellett rákérdezünk arra is, hogy miként ítélik meg szerfogyasztásuk és életminőségük kapcsolatát. Fontosnak találtuk továbbá annak feltérképezését is, hogy bizonyos drogokat milyen indíttatásból, milyen célzattal fogyasztanak. A motiváció vizsgálatának fő célja az volt, hogy a célcsoportot elkülönítsük a minta többi részétől. Szakirodalomi adatok (Blätter 1991), valamint az interneten elérhető élménybeszámolók (Erowid Experience Vault; DAATH2 Könyvtár) anekdotikus evidenciája alapján összeállítottunk egy 14 elemből álló szerhasználati célzatokat tartalmazó listát, melyben az alanyok bejelölhették az adott szerekkel kapcsolatban releváns céljaikat.

III/5.2.3. Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív (PIK)

A Pszichológiai Immunrendszer az egyén megküzdési forráskapacitását alkotó személyiségtényezők összessége. (Oláh 2005) Azoknak a személyiségekkel, amelyek képessé teszik az egyént arra, hogy hosszú távon megküzdjön az őt ért stresszhatásokkal, és személyiségeinek hatóereje a behatások által ne sérüljön, hanem inkább gazdagodjon. A Pszichológiai Immunrendszer egy olyan komplex kognitív eszközrendszer, mely optimális működése során azonnal aktiválható minden olyan helyzetben, amikor az egyén lelki fejlődését, céljainak elérését veszélyeztető külső vagy belső körülmény, vagy akár valamilyen, életét veszélyeztető tényező lép fel. „A pszichológiai immunkompetencia, amely a PI-t alkotó személyiségek-komponensek

fejlettségének és működési hatékonyságának a függvénye, szoros összefüggést mutat az egyének betegség/egészség dimenzióin mutatott státuszával. Konkrétan fogalmazva a patológiás állapotok (testi és lelki egyaránt) a pszichológiai immunkompetencia gyengeségével, a tünetmentesség és az egészségesség pozitív mutatói (jó közérzet, pszichológiai jóllét, az élettel való megelégedettség, a flow-élmény gyakorisága) pedig a pszichológiai immunkompetencia erősségevel korrelálnak." (Oláh 2005. 86. old.)

A Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív három alrendszer vizsgálatán keresztül ezt a pszichés ellenálló-képességet méri. A három alrendszer dinamikus kölcsönhatásban van egymással. A *Megközelítő-Monitorozó Alrendszer* segítségével értjük meg és kontrolláljuk a kritikus helyzeteket, valamint ennek segítségével térképezzük fel a helyzetek pozitív kimenetelének lehetőségeit. Az *Alkotó-Végrehajtó Alrendszer* azokat a személyiségjegyeket és viselkedésmódokat foglalja magába, amelyekkel a személy hatást gyakorolhat fizikai és társas környezetére, ezáltal elérheti céljait. Az *Önregulációs Alrendszer* biztosítja a stresszhelyzetekben kialakuló érzelmi állapotok kontrollját és egyúttal az önszabályozás hatékonyságát is.

A kutatás szemléleti kerete az egészség bio-pszicho-szociális modelljén és ezen belül is Aaron Antonovsky szalutogenezis elméletén alapul. A szalutogenezis rendszerében az egészség egy folyamat, mely az egyensúlyi helyzet felborulásán való túllépést teszi lehetővé. Ebben a szemléletben az egészség nem attól függ, hogy milyen hatások érik az egyént, hanem attól, hogy ezekre a hatásokra milyen módon, milyen hatékonysággal reagál, hogy milyen mértékben képes mozgósítani belső erőforrásait. Ezen belső erőforrások összességét írja le a kérdőív alapjául szolgáló Pszichológiai Immunrendszer modell.

A kérdőív alkalmazásra került hazai drogfogyasztó populáció körében végzett vizsgálatban. (Demetrovics, Kardos 2001; Demetrovics, Balázs 2004)

III/5.2.4. Életcél kérdőív (PIL)

Az alkalmazott kérdőív a Crumbaugh és Maholick-féle (1964) Purpose in Life Test magyar változata. A kérdőív az élet értelmességének megélést vizsgálja, abban az értelemben, ahogy azt Viktor E. Frankl megfogalmazta. Frankl elgondolása szerint a lelki egészség alapvető feltétele, hogy az ember értelmesnek tartsa az életét, beleértve azokat a veszteségeket, nehézségeket is, melyeket el kell fogadnia, illetve meg kell oldania. (Frankl 1996) Az élet eseményeinek értelemtelisége protektív hatással bír a lelki egészség szempontjából, és így jobb életminőséget tesz lehetővé. Ennek a protektív tényezőnek az erősséget méri az Életcél Kérdőív. (Konkoly Thege, Martos 2006)

A kérdőívet a magyaron kívül legalább 6 nyelvre fordították le, és számos nemzetközi kutatásban alkalmazták, mely az élet értelmességének élménye és az addiktív viselkedésmódok viszonyával foglalkozott. (Padelford 1974; Kinnier et al. 1994; Nicholson et al. 1994; Noblejas de la Flor 1997; Rahman 2001; Marsh et al. 2003)

Vizsgálatunk szempontjából azért értékes a frankl-i szemléletmód, mert ebben a rendszerben integrálhatóak az élet nehézségei és negatív tapasztalatai is. Mivel kutatásunk az önismereti célzatú szerfogyasztók csoportját vizsgálja, ezért esetükben különösen hasznos lehet egy olyan mérőeszköz alkalmazása, amely a szokatlan, hétköznapi életbe nehezen integrálható tapasztalatokat is az egészséges élet részeként tételezi, amennyiben az egyén képes levonni belőlük az élete értelmére vonatkozó válaszokat, tanulságokat.

Az életcél kérdőív magyar változatának belső megbízhatósága vizsgálatot végző kutatók szerint kifogástalan, Cronbach-alfa értéke 0.90. A magyar nyelvű kérdőív jellemzőinek vizsgálata során kimutatásra került, hogy az eredmények sem az életkorral, sem az anyagi helyzettel nem állnak szignifikáns kapcsolatban, azonban erős kapcsolatot mutatnak a spiritualitással, valamint az intrinzik célokkal. A kérdőív ezen jellemzői különösen indokolttá tettek használatát, mivel hipotézisünk szerint az önismereti szerfogyasztók spiritualitásuk és intrinzik céljaik tekintetében magasabb értékekkel jellemezhetőek, mint a szintén szerfogyasztó, ám önismereti célzatot nélkülöző K1 kontroll csoport.

III/5.2.5. Intrinzik Spiritualitás Skála (ISS)

A spiritualitás és a vallásosság különböző, ám egymást átfedő jelenségeket takar. Egyre növekvő érdeklődés jellemzi mindenkit jelenséget, ezért több olyan mérőeszköz is született, amely a spiritualitást kívánta mérni. Kutatásunkban az Intrinzik Spiritualitás Skála magyar változatát használtuk. A skála Allport és Ross (1967) vallásos irányultságot mérő skáláján (Religious Orientation Scale) alapul. A David R. Hodge (2003) által kifejlesztett módosított 6 ítemes Intrinzik Spiritualitás Skála teisztikus és nem teisztikus populációban egyaránt jól alkalmazható annak mérésére, hogy a spiritualitás mennyire vezérmotívum az egyén életében. A mérőeszköz eredeti, angol nyelvű változata erős belső konzisztenciát (Cronbach Alfa = 0,96) és jó megbízhatóságot (Cronbach Alfa = 0,80) mutatott. A kérdőívet lefordítottuk magyarra, ezt követően egy független fordítóval visszafordítottuk angolra, majd a visszafordítást elküldtük a szerzőnek, aki jóváhagyta és hozzájárult ahhoz, hogy a kérdőívet ilyen formában alkalmazzuk.

A skála szemléleti keretét az a megkülönböztetés adja, melyben a spiritualitás fogalma az egyén Istennel vagy más névvel illetett felsőbb transzcendenciával kialakított kapcsolatára utal, míg a vallás úgy van definiálva, mint bizonyos hitek, gyakorlatok, rituálék halmaza, amelyeket azon emberek közössége fejlesztett ki, akik hasonló létélményekkel, élettapasztalatokkal bírnak a transzcendentális realitást illetően.

A szerző célja az volt, hogy egy olyan mérőeszközt dolgozzon ki, amely tudományosan kellőképp megalapozott és ezzel egyidejűleg kulturálisan érzékeny, tehát alkalmazhatósága nem korlátozódik kizárolag a zsidó-keresztény kultúrkörre, valamint olyan személyek esetében is hatékonyan alkalmazható, akik nem gyakorolnak semmilyen intézményesült vallást.

Számos vizsgálat született arra nézve, hogy vallásosság, valamint az intrinzik spirituális célok jelenléte milyen összefüggéseket mutat a szerfogyasztási szokásokkal. (Benson, 1992; Donahue, Benson, 1995; Francis, 1997; Gorsuch, 1995; Kutter és McDermott, 1997; Koenig et al., 2001) Ezek a vizsgálatok arra mutattak rá, hogy mind a vallásgyakorlás, mind az intrinzik spirituális célok fokozott megléte negatívan korrelál a pszichoaktív drogok használatával, magyarázva a spiritualitás magasabb szintje alacsonyabb

fokú szerfogyasztással jár együtt. Azonban, amint azt a szerző, Hodge is felveti, előfordulhat, hogy még a szerhasználat negatívan korrelál a vallásossággal kereszteny mintán, addig más típusú spiritualitással kapcsolatban elképzelhető, hogy nem mutat korrelációt vagy éppenséggel más irányú korrelációt mutat a szerhasználattal összefüggésben. A kérdőív alkalmazását éppen ezért találtuk szükségesnek, mivel hipotézisünk szerint a nem teisztikus populációra is alkalmazható új skála magas eredményeket mutat ki az általunk vizsgált célcsoporton belül.

III/6. Adatfeldolgozási módszerek

III/6.1. Csoportok felosztása

Annak érdekében, hogy összehasonlítható csoportokhoz jussunk, amelyek pusztán a választott szerek és a szerhasználati célzatok tekintetében különböznek, a minta szerfogyasztóból álló részét két, egyértelműen elkülöníthető csoportra bontottuk. A csoportbontás egy olyan index alapján történt, mely a pszichedelikus szerek használatának paramétereiből tevődött össze. Ezt a pontrendszer PSYNDEX-nek neveztük el. A PSYNDEX pontérték három faktort tartalmaz:

1. faktor: A pszichedelikus drogok száma (1-6), kivonva belőlük a nem pszichedelikus drogok számát (1-10). A nem egyértelműen pszichedelikus, ám ilyen jellemzőket is felmutató szerek 0 pontot értek;
2. faktor: Pszichedelikumok fogyasztásához kapcsolódó önismereti, valamint azzal jellegében és előfordulásában egyaránt erős pozitív összefüggést mutató célok (0-3), kivonva belőlük az egyéb szerfogyasztási célzatokat (0-3) minden egyes pszichedelikus szer esetében;
3. faktor: A szerfogyasztással összefüggő élmény intenzitása (0-4) megszorozva az élmény minőségével (-2-től 2-ig) minden egyes pszichedelikus szer esetében.

A mintában 277 olyan, saját droghasználatát problémamentesnek megítélő alany volt, akik életükben egy vagy több alkalommal használtak pszichedelikus szereket. Rájuk vonatkozóan a fent megadott faktorok alapján PSYNDEX értéket számoltunk ki. A pontok -12 és 23 között oszlottak el (középérték -0,03; szórás: 4,49). A ponthatárok megfelelő megválasztásával az eloszlás két szélső szakasza két, megközelítőleg azonos nagyságú csoportot alkotott. A magas pontszámúak csoportja ($PSYNDEX > 1$; 29,2%) és az alacsony pontszámúak csoportja ($PSYNDEX < -2$; 27,8%) között egy meglehetősen széles középső zóna ($PSYNDEX$ -2-től $PSYNDEX$ 1-ig, 43%) helyezkedett el. Ezáltal jól elkülöníthetővé vált a magas $PSYNDEX$ -el rendelkező célcsoport az alacsony $PSYNDEX$ -el rendelkező K1 kontrollcsoporttól. A középső zónában lévőket kizártuk a mintából.

Ennek eredményeképpen a célcsoport (*PSY*) 81 alanyt tartalmazott, akik 16-40 év közöttiek voltak (átlagéletkor 22,7; szórás 5,2). A célcsoportba azok az alanyok kerültek, akik leginkább pszichedelikumokat fogyasztottak és legjellemzőbben önismereti célzattal. Az első kontrollcsoport (*K1*) 77 résztvevőt foglalt magában, akik 13-34 év közöttiek voltak (átlagéletkor 22,7; szórás 4,8). A *K1* kontrollcsoportba azok kerültek, akik leginkább nem pszichedelikus szereket használtak és szerfogyasztásuk célja elsősorban nem önismereti jellegű volt. A másik kontrollcsoportot (*K2*) az a 122 alany alkotta, akik dohányon és alkoholon kívül semmilyen pszichoaktív szert nem próbáltak ki. A *K2* kontrollcsoportba tartozó alanyok 16-55 év közöttiek voltak (átlagéletkor 26,5; szórás 7,3).

Meg kell jegyeznünk, hogy a csoportok szerhasználati jellemzők mentén történő felosztását követően a nemek aránya erőteljesen megbomlott. A *PSY* célcsoport 12 nőből (15%) és 69 férfiból (85%) állt, míg a *K1* kontrollcsoport 23 nőt (30%) és 54 férfit (70%) foglalt magába. A „drogmentes” *K2* kontrollcsoportba 94 nő (77%) és 28 férfi (23%) tartozott.

III/6.2. Az alkohollal és dohánnyal tett kivétel

Az alkohollal és dohánnyal tett kivételünk tisztázása érdekében meg kell jegyeznünk, hogy kezdeti elvárásunkkal ellentétben nem az önismereti szerhasználókból álló célcsoport,

hanem a „drogmentes” *K2* csoport bizonyult a legszűkebbnek. A dolgozat elején ismertetett magyarországi alkohol és dohány életprevalencia értékek fényében nem is kíséreltünk meg teljesen absztinens kontrollcsoportot felállítani. Annak alapján, hogy milyen nehézséget okozott a *K2* csoport megfelelő korosztályú tagjainak felkutatása, úgy ítéljük meg, hogy jószerivel lehetetlen volna az összehasonlításhoz szükséges számú, alkoholt és dohányt soha ki nem próbáló alanyokat találnunk. Meg kell jegyeznünk azt is, hogy amennyiben célzott megkereséssel sikerült is volna teljesen absztinens, fiatal felnőtt korosztályba tartozó alanyokat felkutatnunk, vizsgálatuk talán még a célcsoportunknál is szűkebb és speciálisabb csoport jellemzőit tárta volna föl, mely nem képezte kutatásunk tárgyát.

III/6.3. A csoportok egymáshoz illesztése

A három csoport egymáshoz illesztése három szociodemográfiai tényező alapján történt:

1. Életkor;
2. Lakóhely típusa (1-től 5-ig pontozva a következő sorrendben: főváros, megyeszékhely, egyéb város, község/falu, vagy tanya);
3. legmagasabb végzettség (1-től 8-ig pontozva)

A fentebb elmondottak alapján az alanyok nemét nem tudtuk illesztési tényezőként kezelní. Az illesztés következtében minden három csoportba 50, életkorukat tekintve 18-34 év közötti alany került. Az átlagéletkor egységesen 23,7 év volt (szórás *PSY* 4,6; szórás *K1* 3,8; szórás *K2* 3,9).

A nemek aránya az illesztést követően is aránytalan maradt. A *PSY* célcsoport 9 nőből (18%) és 41 férfiból (82%), a szerfogyasztó *K1* kontrollcsoport 17 nőből (34%) és 33 férfiból (66%), míg a *K2* kontrollcsoport 32 nőből (64%) és 18 férfiból (36%) állt.

III/6.4. Adatelemzési módszerek

Az elemzéseket az SPSS 15.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA) statisztikai programcsomaggal végeztük. Két csoport összehasonlítására független mintás Mann-Whitney U-próbát, három csoport összehasonlítására független mintás Kruskal-Wallis tesztet alkalmaztunk, skálaváltozóink összefüggés-vizsgálatánál pedig Spearman-féle *rho* együtthatót számoltunk.

III/7. Eredmények

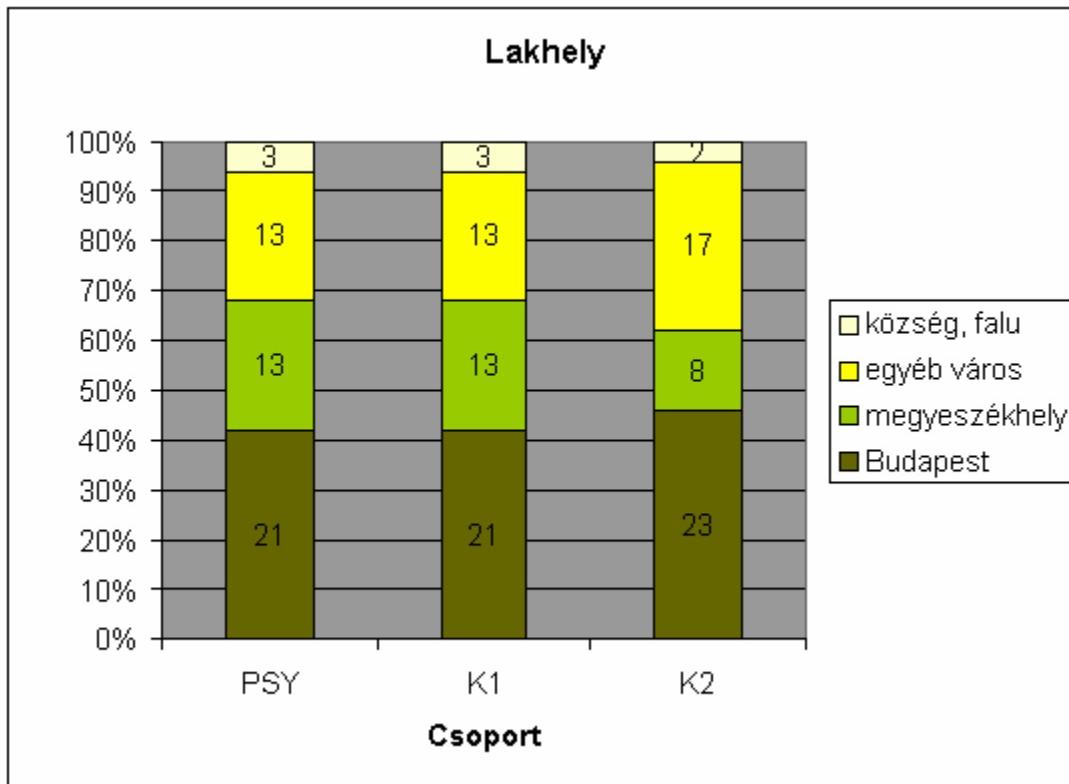
III/7.1. A célcsoport szociodemográfiai jellemzői

Mivel a szociodemográfiai kérdések közül néhány illesztési tényező volt a csoportok esetében, ezért a szociodemográfiai jellemzőkkel kapcsolatban csak néhány megállapítást tehetünk. A csoportok kialakításánál már az illesztést megelőzően feltűnt, hogy a nemek tekintetében komoly aránykülönbségek tapasztalhatóak. A legfeljebb alkoholt és dohányt fogyasztó *K2* kontrollcsoport több mint háromnegyede (77%) nő volt, míg a *PSY* célcsoportban a nemek aránya fordítottan alakult – itt a férfiak voltak 85%-os többségen. A *K1* csoportban szintén a férfiak aránya volt sokkal magasabb (70%). Ezek az eredmények hasonlóságot mutatnak mind a hazai, mind a nemzetközi drogepidemiológiai kutatások eredményeivel, ahol a férfiak életprevalencia értékei magasabbak. (Paksi 2003) A *K1* csoport körében tapasztalható arányok nagyon hasonlóak a táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok körében mért eredményekhez. (Demetrovics 2004) Azonban a *PSY* csoportban tapasztalható aránykülönbségek olyan magasak, hogy mindenképpen a célcsoport további kutatást teszik szükségessé.

A lakhely szempontjából nem okozott nehézséget a csoportok illesztése, mivel az alanyok toborzását úgy alakítottuk, hogy lehetőség szerint kiegyenlített módon tudjunk elérni

különböző típusú településen lakó embereket. A csoportok illesztése utáni arányokat a 9. ábra szemlélteti.

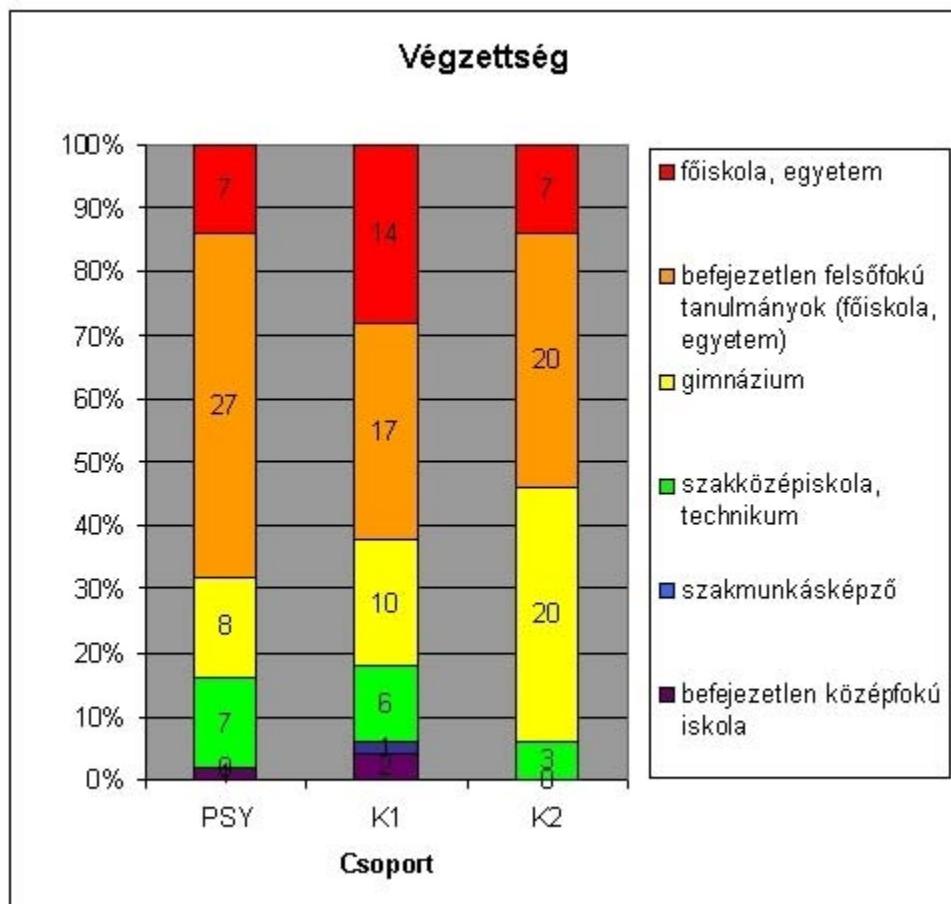
IX. ábra: A lakhelytípus aránymegoszlása az egyes csoportokon belül. (A csoportok elemszáma egységesen 50, az oszlopokon belüli számok darabszámok)



A lakhely szerinti megoszlás csak részlegesen tükrözi az epidemiológiai kutatásokban mért arányokat, aminek fő oka a csoportok illesztésében keresendő. Az illesztést megelőző arányok tekintetében azt kell megállapítanunk, hogy a megyeszékhelyen élő, valamint fővárosi fiatalok aránya a PSY célcsoportban volt a legmagasabb.

Legmagasabb végzettség vonatkozásában a célcsoport jellemzője abban ragadható meg, hogy tagjai a kontrollcsoportknál nagyobb arányban jelölték be a befejezetlen felsőfokú tanulmányokat. Ez összefüggésben lehet alacsonyabb életkorukkal, utalhat arra, hogy legtöbbük jelenleg felsőfokú tanulmányokat folytat, ahogy jelezheti az oktatásból kimaradók arányát is. Az okok feltárása részletesebb adatgyűjtést tett volna szükségessé.

X. ábra: Az iskolai végzettség jellemzői a PSY ($N=50$), a K1 ($N=50$) és a K2 ($N=50$) csoportban (Az oszlopokon belüli számok darabszámok)



Hozott társadalmi státuszukat a szülők iskolai végzettsége mentén szemlélve megállapítható, hogy a PSY csoportba tartozó alanyok, mind az apa, mind az anya végzettségét tekintve magasabb hozott státussal rendelkeznek, mint a másik két csoport. A felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők aránya ebben a csoportban a legmagasabb (felsőfokú végzettségű anya 25%, felsőfokú végzettségű apa 31%). (Erre vonatkozóan lásd 3.-4. melléklet) A saját státuszukat, valamint az annak megszerzésére irányuló tendenciákat vizsgálva megállapítható, hogy a célcsoport tagjai az iskolai végzettség tekintetében jellemzően megőrzik hozott státuszukat.

III/7.2. Szerhasználati jellemzők

Ahogy várható volt, mindenki közül a csoportban az alkohol rendelkezik a legmagasabb életprevalencia értékkel (*PSY 100%, K1 96%, K2 98%*). Ezt követi a dohány (*PSY 98%, K1 96%, K2 60%*), amely azonban a két szerfogyasztói csoport esetében megosztott második helyezést ért el az életprevalencia rangsorban a marihuánával (*PSY 98%, K1 96%*). Jelenlegi szerhasználat tekintetében az alkohol és a dohány kivételével minden szer esetében sokkal kisebb százalékok tapasztalhatóak. Ez a különbség arra utal, hogy habár az átlagpopulációban mért adatokhoz képest minden szer tekintetében igen magas életprevalencia értékekkel találkoztunk, minden szerfogyasztó csoportot a szerek nagy részének vonatkozásában leginkább kísérletező fogyasztási minta jellemzett.

A célcsoport szerfogyasztási szokásaira fókuszálva megállapítható, hogy az alkoholt, a dohányt és a marihuánát követően a pszilocibingomba (88%), az LSD (82%), és a látnokzsálya (80%) rendelkezik a legmagasabb életprevalencia értékekkel. A jelenlegi szerhasználat tekintetében a leggyakrabban használt szer szintén a pszilocibingomba (28%) és az LSD (24%), azonban ezeket egy entaktogén drog az MDMA (ecstasy) követi (22%).

A mintánkon belüli részletes szerfogyasztási adatok az 5.-6. sz. *mellékletben* találhatók.

III/7.3. A szerfogyasztás és az életminőség kapcsolatának szubjektív tapasztalatai a célcsoport körében

Az alkalmazott kérdőív-csomag a szerfogyasztási szokásokat vizsgáló részben tartalmazott két kérdést, amely a droghasználati élmény jelentőségét és pozitív, illetve negatív hatását vizsgálta az élet egészének vonatkozásában. (A kérdőív-csomag a 2. sz. *mellékletben* található.)

Arra voltunk kíváncsiak, hogy az alanyok az egyes szerek által megtapasztalt élményeiket milyennek ítélik. A beérkezett válaszok alapján egyértelműen kijelenthetjük,

hogy a válaszadók mind az élmény jelentősége, mind annak minősége alapján a hat vizsgált pszichedelikus szernél, valamint a marihuánánál és az MDMA-nál jelezték a legmagasabb értékeket. A fogyasztók szubjektív tapasztalatai szerint életminőségüket legnegatívabban a dohány, az alkohol, az alkoholnak gyógyszerrel történő együttfogyasztása, az altatók, nyugtatók és szorongásoldók nem orvosi javallatú használata, valamint a szípu és oldószerek befolyásolták.

Fontos kihangsúlyoznunk, hogy az életminőségre vonatkozó adatok függnek a szerekkel kapcsolatos életprevalencia értékektől, valamint más, még feltérképezésre váró jellemzőktől. Ebből kifolyólag óvatosan kell bánnunk ezekkel az adatokkal, és nem szabad messzemenő következtetéseket levonnunk belőlük. Az életminőségre vonatkozó adatok pontosabb megértése további vizsgálatokat igényel, melyekre a kutatás kvalitatív fázisában fogunk sort keríteni.

Annyit azonban kijelenthetünk, hogy az általunk összehasonlított csoportok közül a PSY célcsoport jelezte a szerfogyasztással összefüggő legmagasabb életminőség-javulást (92,45), a lényegesen alacsonyabb pontszámú K1 (1,23) és K2 (5,50) csoportokkal szemben.

1. táblázat: A drogfogyasztással összefüggő élmények jelentősége és hatásuk iránya az életminőség vonatkozásában

	Csoporthoz		
	PSY (N=50)	K1 (N=50)	K2 (N=50)
Élmények jelentősége az élet egészére (0 – 4 pont)	98,43	83,98	49,50
Élmények hatása az életminőségre (-2 – +2 pont)	14,30	-7,71	-9,50
Jelentőségek és hatások szorzata	92,45	1,23	5,50

III/7.4. Pszichológiai immunkompetencia

A Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőíven kapott értékek 111-től 309-ig váltakoztak (átlag 229,79; szórás 35,53; N=589). A kérdőív gyengén korrelált az életkorral (Spearman $r=0,168$; $p<0,001$, N=589), de nem korrelált szignifikánsan a nemmel. A PIK mindhárom alrendszerének skálaértékei a kérdőív egészénél gyengébben korreláltak az életkorral. Az *Önszabályozó Alrendszer* skálaértékei a férfiak esetében szignifikánsan magasabb voltak, mint a nők esetében (Mann-Whitney $U=36429,5$; $Z=-2,851$; $p<0,004$; N=589). A többi skálával összehasonlítva a PIK skálaértékek erős korrelációt mutattak a PIL skálaértékekkel ($r=0,798$; $p<0,001$; N=589) és gyengébbet az ISS skálaértékekkel ($r=0,117$; $p<0,001$; N=589). A problémás droghasználókat is a mintába számítva a PIK skálaértékek pozitívan korreláltak a PSYNDEX skálaértékekkel is ($r=0,137$; $p<0,009$, N=366), de a problémás droghasználók kiszűrése után a korreláció már nem volt szignifikáns. A PIK skálaértékek nem korreláltak az összes használt drog számával, ahogy nem korreláltak külön a pszichedelikus drogok, valamint a nem-pszichedelikus drogok számával sem. A három illesztett csoport PIK skálaértékei között sem voltak szignifikáns különbségek.

III/7.5. Életcélok

A kapott PIL skálaértékek 28-tól 137-ig váltakoztak (átlag 101,26; szórás 19,23; N=589). A nemek értékeinek különbsége az átlagosan 103,93 pontot elérő nők (N=247), illetve az átlagosan csupán 99,34 pontot elérő férfiak (N=342) esetében szignifikáns volt ($U=35313,5$; $Z=-3,398$; $p<0,001$; N=589). Ez a nemenkénti különbség csak az általunk végzett csoportillesztésnél szünt meg szignifikánsnak lenni. Itt fontos megjegyeznünk, hogy az Életcél Kérdőív esetében mind a hazai, mind a nemzetközi szakirodalomban megoszlanak a tapasztalatok a nem sajátosságokat illetően. (Konkoly Thege, Martos 2006) Ami az életkort illeti, az a szakirodalomban (Konkoly Thege, Martos 2006) fellelhető adatokkal szemben a mi mintánkban gyenge korrelációt mutatott az életcélskála értékeivel

($r=0,212$; $p<0,001$; $N=589$). A PIL skálaértékek korreláltak az ISS skálaértékekkel ($r=0,187$; $p<0,001$; $N=589$), de nem korreláltak a PSYNDEX skálaértékekkel. A PIL skálaértékek negatívan korreláltak az összes használt drog számával ($r=-0,144$; $p<0,001$; $N=589$) és a nem-pszichedelikus drogok számával ($r=-0,124$; $p<0,003$; $N=589$), de nem korreláltak a pszichedelikus drogok számával. Nem találtunk szignifikáns eltérést a három illesztett csoport, vagyis a PSY célcsoport (átlag 101,12; szórás 15,84; $N=50$), a K1 kontrollcsoport (átlag 101,24; szórás 19,38; $N=50$) és a K2 kontrollcsoport (átlag 104,52; szórás 18,09; $N=50$) életcél-értékei között sem.

III/7.6. Spiritualitás

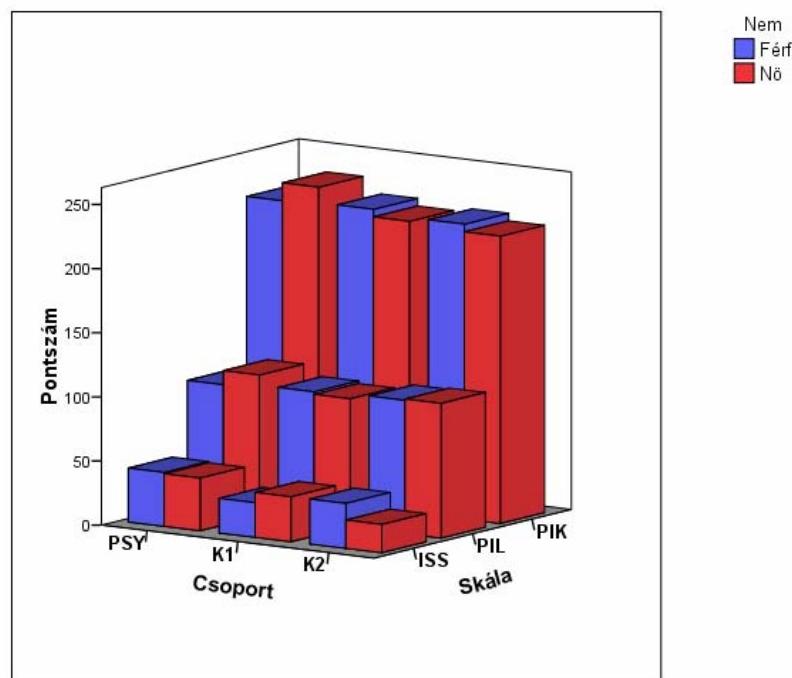
A minta ISS skálaértékei 0 és 60 pont között váltakoztak (átlag 30,99; szórás 17,36; $N=589$) és nem korreláltak sem az életkorral, sem a nemmel. Bár az ISS skálaértékek szintén nem korreláltak szignifikánsan sem az összes használt drog számával, sem a nem-pszichedelikus drogok számával, de pozitívan korreláltak a pszichedelikus drogok számával ($r=0,164$; $p<0,001$; $N=589$). Az ISS skálaértékek szintén pozitívan korreláltak a PSYNDEX értékekkel ($r=0,339$; $p<0,001$; $N=277$) is. Így tehát – mint hipotézisünkben feltételeztük – az ISS skálaértékek szignifikánsan magasabbak lettek a PSY célcsoportban (átlag 42,08; szórás 9,53; $N=50$), mint a K1 (átlag 30,08; szórás 16,01; $N=50$) és K2 (átlag 26,78; szórás 19,86; $N=50$) kontrollcsoportokban. A három illesztett csoport közötti szignifikáns eltérést először Kruskal-Wallis teszttel találtuk meg (χ^2 -nagyítás=20,051; szabadságfok=2; $p<0,001$). Pontosítás végett Mann-Whitney tesztet használva kiderült az is, hogy a szignifikáns különbségek egyrészt a PSY célcsoport és a K1 kontrollcsoport között ($U=689$; $Z=-3,870$; $p<0,001$; $N=100$), másrészt pedig a PSY célcsoport és K2 kontrollcsoport között ($U=697,5$; $Z=-3,811$; $p<0,001$; $N=100$) léteznek. Ezzel szemben a K1 és K2 kontrollcsoportok között nem találtunk szignifikáns különbségeket. Az illesztett csoportokat vizsgálva az ISS skálaértékek szignifikánsan magasabbak voltak a férfiaknál, mint a nőknél ($U=2122$; $Z=-2,108$; $p<0,035$; $N=150$). E különbség forrását kutatva kiderült, hogy a K2 kontrollcsoportban a nők ISS skálaértékei (átlag 22,0; szórás 20,55; $N=32$)

szsignifikánsan alacsonyabbak ($U=166,0$; $Z=-2,469$; $p<0,014$; $N=50$), mint ugyanazon $K2$ kontrollcsoportban a férfiak ISS skálaértékei (átlag 35,28; szórás 15,71; $N=18$). A három kérdőív eredményeit az egyes csoportok vonatkozásában a 2. sz. táblázatban és a 11. sz. ábrán foglaljuk össze.

2. táblázat: A férfiak és nők pontszámainak megoszlása az egyes csoportokban a PIK, a PIL és az ISS vonatkozásában

	PIK N=50		PIL N=50		ISS N=50		
	F	N	F	N	F	N	
Célcsoport PSY	233		101		42		
N=41	N=9	231	245	99	110	42	41
Kontrollcsoport K1	231		101		30		
N=33	N=17	233	227	102	100	27	35
Kontrollcsoport K2	226		104		27		
N=18	N=32	230	224	104	105	35	22

XI. ábra: A PSY, a K1 és a K2 csoport eredményei nemek szerinti lebontásban a PIK, a PIL és az ISS kérdőívek vonatkozásában.



III/8. Hipotézisvizsgálat

A három kérdőíven kapott eredmények, valamint az életminőségre vonatkozó kérdésekre adott válaszok alapján a hipotézisek vizsgálatának eredményei a következők:

- 1. Hipotézis: A pszichedelikumokat önismereti célzattal fogyasztók*
 - a) erősebb megküzdési forráskapacitással rendelkeznek, mint a nem önismereti célzatú drogfogyasztók és*
 - b) hasonló megküzdési forráskapacitás jellemzi őket, mint a legfeljebb alkoholt és dohányt használó személyeket*

A Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív eredményei alapján a hipotézis b) pontja nyert igazolást, mivel a három csoport skálaértékei között nem voltak szignifikáns különbségek.

- 2. Hipotézis: Az önismereti célzatú pszichedelikum-fogyasztók az élet értelmességének megélése tekintetében*
 - a) jobb mutatókkal rendelkeznek, mint a nem önismereti célú drogfogyasztók*
 - b) hasonló mutatókkal rendelkeznek, mint a legfeljebb alkoholt és dohányt fogyasztó személyek*

A három csoport életcél-értékei közötti szignifikáns eltérések hiánya hipotézisünk a) pontját cáfolni, b) pontját pedig igazolni látszik. Ennek ellenére az a) pontot némileg mégis igazolja az a közvetett eredmény, hogy a nem-pszichedelikus szerek használata alacsonyabb mutatókkal függ össze. Hasonlóképpen a b) pontot némileg cáfoló közvetett eredmény pedig az, hogy a fogyasztott szerek nagyobb száma alacsonyabb életcélmutatókkal áll összefüggésben.

- 3. Hipotézis: Az önismereti célzatú pszichedelikum-fogyasztók a spiritualitáshoz való viszony tekintetében erősebb mutatókkal rendelkeznek, mint a nem önismereti célzatú szerfogyasztók és a legfeljebb alkoholt és dohányt fogyasztó személyek,*

ennek folytán árnyalásra szorulnak azok a kijelentések, melyek a spiritualitást a droghasználattal szembeni védőfaktorként értelmezik.

Ez a hipotézisünk teljes igazolást nyert, mivel a PSY célcsoport skálaértékei mind a K1, mind a K2 kontrollcsoport értékeinél szignifikánsan magasabbak voltak. Ezen kívül a spiritualitási mutatók pozitívan korreláltak az önismereti pszichedelikumhasználat PSYNDEX-skálájával, valamint - közvetett igazolásként – a fogyasztott pszichedelikumok számával is.

4. *Hipotézis: A pszichedelikus szerek önismereti célzatú használata az életminőséget intenzívebben és irányultságát tekintve pozitívabban befolyásolják, mint más, általunk vizsgált pszichoaktív szerek használata.*

Ez a hipotézisünk igazolást nyert, sőt várakozásainkat felülműlő, meglepő eredményeket kaptunk az egyes csoportok körében a pszichoaktív szerek fogyasztásával kapcsolatos életminőség-változások terén. Az összehasonlított csoportok közül a PSY célcsoport jelezte a szerfogyasztással összefüggő legmagasabb életminőség-javulást (92,45), mely lényegesen magasabb volt, mint a K1 (1,23) és K2 (5,50) kontrollcsoportok által jelzett értékek.

IV. Következtetések, javaslatok

Mivel kutatásunk egy speciális csoport jellemzőinek feltárására irányult, ezért nem állt módunkban véletlenszerű és reprezentatív mintavételi eljárást alkalmazni. Ebből kifolyólag kutatásunk eredményei nem általánosíthatóak és igen limitált következtetések megfogalmazását teszik lehetővé. Ezek a következtetések egyúttal át is vezetnek bennünket kutatásunk következő fázisba, melyben kvantitatív és kvalitatív módszereket egyaránt alkalmazva kívánjuk tovább vizsgálni a célcsoport sajátosságait. Ennek folytán kutatásunk jelenlegi fázisának következtetései minden esetben felvetik egyúttal a további kutatás szükséges irányvonalait is.

Az általunk vizsgált célcsoportra, a pszichedelikumokat önismereti célzattal fogyasztók csoportjára vonatkozóan kutatásunkból eddig az alábbi következtetéseket és javaslatokat tudjuk megfogalmazni:

Szociodemográfiai jellemzőiket tekintve leginkább megyeszékhelyen élő, valamint fővárosi fiatalok tartoznak ebbe a csoportba. Hozott státuszuk vonatkozásában jellemző, hogy a szülők meglehetősen nagy arányban rendelkeznek felsőfokú végzettséggel. Különösképpen igaz ez az apa státuszára. Saját státuszukat, valamint annak megszerzésére irányuló tendenciákat vizsgálva megállapítható, hogy a célcsoport tagjai az iskolai végzettség tekintetében jellemzően megőrzik hozott státuszukat.

Az adatok arra utalnak, hogy viszonylag nagy százalékuk tanul jelenleg a felsőoktatásban. Ugyanakkor annak megállapítása, hogy a befejezetlen felsőfokú tanulmányokat bejelölők között milyen arányban vannak a felsőoktatásban tanulók, és milyen arányban azok, akik tanulmányaikatelfüggesztve kiléptek az iskolarendszerből, további adatgyűjtést tesz szükséges.

A nemek arányát tekintve fontos megállapítanunk, hogy mintánkban a célcsoportba tartozó személyek több mint négyötöde férfi volt. Ez az adat akkor is szembetűnő, ha figyelembe vesszük, hogy az átlag felnőtt populáción belül a férfiak életprevalenciája több mint 2,5-szerese a nők körében tapasztaltaknak. (Paksi 2003) A célcsoport körében mért adataink eltérnek az adatuktól is, amelyek a rekreációs színtéren történő szerfogyasztás nemű sajátosságait írják le. (Demetrovics 2004) A csoportban tapasztalható aránykülönbségeket a szakirodalmi adatokkal, valamint a másik szerfogyasztói csoport körében mért adatokkal összehasonlítva egyaránt figyelemreméltóan magasnak ítélik. Ennek okán kutatásunk későbbi fázisában ki fogunk térni az önismereti célzatú szerfogyasztás terén tapasztalható nemű különbségek vizsgálatára is.

A célcsoport szerfogyasztási szokásaira fókuszálva megállapítható, hogy az alkoholt, a dohányt és a marihuánát követően a pszilocibingomba, az LSD, és a látnokzsálya rendelkezik a legmagasabb életprevalencia értékekkel. A jelenlegi szerhasználat tekintetében a leggyakrabban használt szer az alkohol, a dohány és a marihuána után a pszilocibingomba, az LSD és az MDMA (ecstasy).

Az élmény jelentősége és minősége alapján mért adatokat elemezve, megállapítható, hogy a célcsoport jelezte a szerfogyasztással összefüggő legmagasabb életminőség-javulást. Mindkét drogfogyasztó csoport vizsgálatából egyaránt az derült ki, hogy a hat pszichedelikus szernél, valamint a marihuánánál és az MDMA-nál jelentkeztek a legmagasabb értékek. Fontos kihangsúlyoznunk ugyanakkor, hogy az életminőségre vonatkozó adatok függnek a szerekkel kapcsolatos életprevalencia értékeitől, valamint más, még feltérképezésre váró jellemzőktől. Ezek az eredmények alaposabb vizsgálatra szorulnak. Szükségessé teszik egyrészt az adatok további elemzését, valamit olyan újabb kérdésfeltevéseket, melyekre a kutatás kvalitatív részében kívánunk sort keríteni.

A fogyasztók szubjektív tapasztalatai szerint életminőségüket legnegatívabban a dohány és az alkohol befolyásolta. Ez a tapasztalat szintén figyelemreméltó, mivel a válaszok olyan személyektől származnak, akik nem ítélik problémásnak a saját szerfogyasztásukat. Az alkoholfogyasztással és dohányzással kapcsolatos adatok is további vizsgálatra érdemesek, azonban kívül esnek kutatásunk horizontján.

A Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív eredményei alapján kijelenthető, hogy az általunk vizsgált mintán belül az egyes csoportok között nem voltak szignifikáns különbségek. A célcsoport tagjait hasonló megküzdési forráskapacitás jellemezte, mint a nem önismereti célzatú drogfogyasztókat, valamint a legfeljebb alkoholt és dohányt használó személyeket.

Az élet értelmességének tapasztalata terén szintén nem figyelhetők meg szignifikáns különbségek az egyes csoportok között. Annak ellenére, hogy ez az eredmény cáfolta hipotéziseink egy részét, pozitív eredménynek számít, a droghasználóknak tulajdonított jellemzők differenciálása terén. A droghasználat rizikómagatartás-jellege adataink tükrében korántsem tekinthető egyértelműnek.

Kutatásunk harmadik hipotézise az volt, hogy az önismereti célzattal pszichedelikumokat használók körében meglehetősen magas eredményeket kapunk a spirituális motivációk terén. Ez a hipotézisünk maradéktalanul igazolást nyert, mivel a célcsoport körében sokkal magasabb értékeket kaptunk, mint a másik két csoport körében. Az is beigazolódott, hogy helyesen döntöttünk a mérőeszköz kiválasztásánál, azzal együtt, hogy az intrinzik spirituális motivációk vizsgálata során egészen más eredményekre

jutottunk, mint amiket azok a kutatások mutattak fel, melyek a vallásosságot, különösképpen a vallásgyakorlást jelölték meg a spiritualitás fokmérőjeként, s ezzel kívánták igazolni a spiritualitás protektív szerepét a drogok kipróbálásával és használatával szemben. Eredményeinkből leginkább arra következtethetünk, hogy a spiritualitás szerepének vizsgálata többdimenziós megközelítést igényel, melynek figyelembe kell vennie a jelenség nem teisztikus aspektusait, valamint a hozzá kapcsolódó közösségi és egyéni rítusok sokszínűségét.

Fontos hangsúlyoznunk, hogy spiritualitás alatt nem valamiféle „new-age-es”, ezoterikus transzcendencia fogalmat értünk, ahogy távol áll tőlünk az a feltételezés is, hogy a spiritualitás valamely intézményesült vallást gyakorló személy sajátja. Igyekeztünk olyan mérőszkézt alkalmazni, amely nem tartalmaz előfeltevéseket az élmény személyes jellegéről, hanem azt vizsgálja, hogy a spiritualitás – bármilyen formát is öltsön – minden mértékben vezérmotívuma a személy minden napi életének. A spiritualitás önismereti célokkal való kapcsolatának és a célcsoport életében betöltött szerepének viszonya szintén további kutatás tárgyát képezi.

Számos tanulmány utal arra, hogy a problémás szerhasználat kezelésének leghatékonyabb módjai köze tartoznak az olyan önsegítő csoportok, mint az NA vagy az AA, melyek a szerhasználatot felhagyni szándékozó személy komplex reorientációját, bizonyos értelemben reszocializációját támogatják. (Bajzáth 2008; Rácz 2008) Hasonlóan hatékonyak lehetnek azok a Nyugat-Európa egyes országaiban már hivatalosan is működő szerhasználói érdekvédelmi csoportok, amelyek a szerhasználattal összefüggő ártalmak csökkentése terén látnak el szubkulturális kontroll szerepet. Az ilyen csoportok által támogatott tanulási folyamat sikerességének hátterében az állhat, hogy a problémás szerhasználat gyakran a kulturális kontrollmechanizmusok, és hagyományok hiányából fakad, melyet ezek a csoportok képesek pótolni.

Kulturális antropológiai illetve humánetológiai perspektívából szemlélni a kérdést, a probléma abban gyökerezhet, hogy a késő modern társadalmakban jórészt hiányoznak azok a kollektív rítusok és szabályozó mechanizmusok, amelyek a tudatállapot módosítás bármilyen formáját kontrollálnák, és bizonyos keretek között tartanák. Ez a megállapítás

ugyanúgy helytálló lehet a modern társadalmak számára új és “idegen” szerek vonatkozásában, mint amilyen a kokain vagy a kannabisz, ahogyan az évszázadok óta fogyasztott dohány és alkohol esetében. (Csányi 1999; Helman 2003; Csányi, Miklósi 2008)

Mint arra Demetrovics rámutat: “A kortárs közösségek, akár a droghasználó csoportok által kialakításra kerülő szabályok, hosszabb távon szintén alapjait képezhetik olyan új kulturális, szubkulturális szabályrendszernek, amelyeknek szerepe lehet a droghasználat kontrollálásában.” (Demetrovics 2009b)

További kutatás tárgyát képezheti tehát a pszichedelikumokat önismereti célzattal fogyasztók csoportjának vizsgálata abból a szempontból is, hogy ezen a szubkultúrán belül hogyan működnek az említett szabályozó mechanizmusok. Különösen érdekes, hogy az Ő esetükben nagyrészt online közösségekről van szó, a kulturális normák átadásának tehát körükben bizonyosan más terepei és formái vannak, mint fizikai a közelségen alapuló csoportok esetében.

V. Összefoglalás

Kutatásunk célja az volt, hogy egy speciális szerhasználó csoport vizsgálata révén differenciáltabb képet kapjunk a drogfogyasztás jelenségéről. Vizsgálódásaink szemléleti keretét a pozitív pszichológia adta. Az alkalmazott kérdőíves módszerek arra szolgáltak, hogy megismerjük a pszichedelikumokat önismereti célból fogyasztók droghasználati szokásait, s feltájuk, hogy a szerhasználat milyen szerepet tölt be életminőségük, élethez való attitűdjük alakulásában. Ezzel összefüggésben megvizsgáltuk, hogy a célcsoport tagjai milyen megküzdési forráskapacitással rendelkeznek a más szerfogyasztási célzattal és mintázattal rendelkezőkhöz képest. Vizsgáltuk a célcsoport körében az élet értelmességebe vetett hit mértékét, továbbá választ kerestünk arra is, hogy a spiritualitás milyen mértékben van jelen az önismereti célzatú szerfogyasztók világításában és minden nap életében. Legfontosabb eredményként az önismereti célú pszichedelikum-használat és a spiritualitás jelentős pozitív összefüggését találtuk. Az eredmények bemutatásával hozzá kívánunk

járulni a célzott és a javallott prevenció, valamint az alacsonyküszöbű, ártalomcsökkentő szolgáltatások tervezéséhez.

Köszönetnyilvánítás

Szeretném köszönetet mondani mindeneknak, akik hozzájárultak a dolgozatom elkészüléséhez. Szakdolgozatom egy kiterjedtebb kutatás része, ennek folytán mindenekelőtt kutatótársaimnak szeretném megköszönni azt a konstruktív kritikával átszött, szellemileg folyamatosan inspiráló közeget, amelyben lehetőségem van velük együtt dolgozni. Köszönettel tartozom Bárd Imrének, aki folyamatos támogatást biztosított a dolgozatírás legnehezebb napjaiban is, valamint Móró Leventének, aki többek között mérnöki-informatikai és statisztikai hátteret biztosított a kutatáshoz.

Témavezetőmnek, Dr. Rácz Józsefnek szeretném megköszönni bizalmát, mellyel lehetővé tette ennek a kutatásnak az elindulását. Köszönettel tartozom továbbá dr. Demetrovics Zsoltnak és Kun Bernadette-nek, akik kéziratokkal, adatokkal és módszertani tanácsokkal voltak segítségemre. Végül, de nem utolsó sorban köszönetet szeretnék mondani azoknak is, akik rendelkezésünkre bocsátották az alkalmazott kérdőíveket és alkalmat nyújtottak a velük kapcsolatos konzultációra – így külön köszönet illeti dr. Oláh Attilát, Martos Tamást és David R. Hodge-ot.

Irodalomjegyzék

DAATH2 Könyvtár: <http://www.daath.hu/menuLibrary.php>

Erowid Experience Vault: <http://www.erowid.org/experiences/>

KSH (2002) *A dohányzás hatása a halandóságra 1970-99 között Magyarországon*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2002, 7.

KSH (2003) *Az alkohol hatása a halandóságra 1970-99 között Magyarországon*. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2003, 7.

United Nations (1971) *Convention on Psychotropic Substances, 1971*. New York, NY: United Nations.

WHO (2002) *The World Health Report* http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf

Allport, G. W., Ross, M. J. (1967) Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5 (4), pp. 432–443.

Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the Mystery of Healt. How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publisher, London

Arnold P. (2005) A médiamegjelenítés módja. In: Felvinczi K., Borsi É., Portörő P. (szerk.) *Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005, Szociális és Munkaügyi Minisztérium kiadványsorozata*. Nyitott Könyvműhely Kiadó, Budapest. pp. 55-57

Arnold P. (2006) Kábítószer-jelenség a 2005-ös írott sajtóban. In: Felvinczi K., Nyírády A., Portörő P.(szerk): *Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006, Szociális és Munkaügyi Minisztérium kiadványsorozata*. Nyitott Könyvműhely Kiadó, Budapest. pp. 61-64

Babusa P., Bartha D. (2005) Droghasználat a spiritualitás tükrében – avagy felfoghatóak-e a droghasználók bizonyos élményei spirituális élményként? *Studia Caroliensia* 2005. 1. szám, pp. 103-130

Bajzáth S. (2008) A Narcotics Anonymous – Névtelen Drogfüggők magyarországi közössége kialakulásának története és működésének néhány sajátossága. *Addiktológia*, 7 (2). pp. 131-165

Barth Á., Demetrovics Zs., Bognár G. (2007) Drogfüggő betegek kezelésével kapcsolatos ismeretek és attitűdök vizsgálata pszichiáter szakorvosok körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 8 (2007) 3, pp. 179-192

Benson, P. L. (1992) Religion and substance use. In J. F. Schumaker (Ed.), *Religion and mental health* (pp. 211–221). New York, NY: Oxford University Press.

Blätter, A. (1993) Der erlernte Rausch. *Yearbook for Ethnomedicine and the Study of Consciousness*, 2, pp. 119–145. VWB Berlin.

Boros J. (2005) *OLEF 2003 – Egészségmagatartás, kutatási jelentés*, Országos Epidemiológia Központ

Buber, M. (1923/ 1994) *Én és Te*. Európa Könyvkiadó, Budapest

Crumbaugh, J. C., Maholick, L. T. (1964) An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20, pp. 200–207.

Csányi V. (1999) *Az emberi természet*. Vince Kiadó, Budapest

Csányi V., Miklósi Á. (2008) Humánetológia: az emberi viselkedés és az evolúciós megszaladási jelenségek. <https://www.mta.hu/fileadmin/2008/11/07-humanetol.pdf>

Csíkszentmihályi, M. (1997) *Flow – Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája*. Akadémia Kiadó, Budapest

Daróczy Z., Gerevich J., Hajdu G., Kun G., Ritter I., Tarján A. (2008) A drogfogyasztás szövödményei . szociális vonatkozások és következmények. In: Felvinczi K., Varga O., Portörő P. (szerk.) (2008) *Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2008, Szociális és Munkaiügyi Miniszterium kiadványsorozata*. Nyitott Könyvműhely Kiadó, Budapest. pp.148-165.

Demetrovics, Zs. (2001) *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein*. L'Harmattan Kiadó, Budapest

Demetrovics Zs., Kardos E. (2001) Absztinens és aktív opiátfüggők értékrendje, élettel való elégedettsége, személyes törökvései és megküzdési stratégiái. *Addiktológia*, 9(3), pp. 164-177.

Demetrovics Zs., Balázs H. (2004) Drogosok. In G. Gelsei, V. Gergely, V. Horváth, M. Rácz (szerk.), *A láthatatlanság vége - társadalomismereti olvasókönyv* (pp. 121-141). Budapest: Alapítvány a Társadalomelméleti Kollégiumért.

Demetrovics Zs. (2004) Nemi különbségek a rekreációs droghasználatban. *Addiktológia*, 2002 (3) pp. 533-542

Demetrovics Zs. (2007a) Pszichoaktív szerek. In: Demetrovics Zs. (szerk) (2007) *Az addiktológia alapjai I.* (pp. 47-71) Eötvös Kiadó, Budapest

Demetrovics Zs. (2007b) Attitudes of psychiatrist toward drug addicts and drug addiction treatment in Hungary. Paper presented at the IATPAD Conference. (2007, 2-3 March) Bratislava, Slovakia

Demetrovics Zs., Paksi B., Kun B., Rózsa S., Arnold P. (2008) Háziorvosok droghasználók kezelésével kapcsolatos attitűdjéinek felmérése. *Psychiatria Hungarica*, 23 (Suppl), pp. 32-33.

Demetrovics Zs. (2009a) Az addikciók orvosi antropológiája. In: In Lázár I., Pikó B. (szerk.), *Orvosi antropológia. A magyar orvosi antropológia tankönyve* (pp. ?-?). Medicina Könyvkiadó, Budapest (megjelenés alatt)

Demetrovics Zs. (2009b) A megszaladás jelenségének szerepe az addiktológiai zavarok értelmezésében. In Miklósi Á. (szerk.), *Megszaladási jelenségek* (pp. ?-?). Budapest: Typotex (megjelenés alatt)

Doblin, R. (1991) Pahnke's „Good Friday Experiment”: A Long-Term Follow-Up and Methodological Critique. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 1991, Vol. 23, No. 1.

- Donahue, M., Benson, P. L. (1995) Religion and the well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*, 51(2), pp. 145-160.
- Elekes Zs. (2007) Változó trendek, változó fogyasztási szokások. A budapesti középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. *Addiktológia* 2007 (3) pp. 189-211
- Elekes Zs., Nádas E., Paksi B. (2008) Drogfogyasztás a populációban. In: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2008. Szociális és Munkaiügyi Miniszterium kiadványsorozata*. Nyitott Könyvműhely Kiadó, Budapest. pp. 33-46.
- Ewles, L., Simnett, I. (1999) *Egészségfejlesztés*. Medicina Kiadó, Budapest
- Farthing, G. W. (1992) *The Psychology of Consciousness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Felvinczi K., Borsi É., Portörő P. (2005) *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2005. Szociális és Munkaiügyi Miniszterium kiadványsorozata*. Nyitott Könyvműhely Kiadó, Budapest.
- Felvinczi K., Varga O. (2008) *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2008. Szociális és Munkaiügyi Miniszterium kiadványsorozata*. Nyitott Könyvműhely Kiadó, Budapest.
- Francis, L. J. (1997) The impact of personality and religion on attitudes towards substance use among 13-15 year olds. *Drug and Alcohol Dependence*, 44, 95-103.
- Frankl, Viktor E. (1996) Az ember az élet értelmére irányuló kérdéssel szemben. Kötet Kiadó
- Füzesi Zs. (2004) Egészségmagatartás, In: NEJ2004 – Szakértői változat, Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ
- Gable, S. L., Haidt, J. (2005) What (and Why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 2005, Vol. 9, No. 2, pp. 103–110
- Gorsuch, R. L. (1995) Religious aspects of substance abuse and recovery. *Journal of Social Issues*, 51 (2), pp. 65–83.
- Griffiths, R.R., Richards, W. A., McCann U., Jesse R. (2006) Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology (Berl)* Vol. 187 No.3 pp. 268-283.
- Grinspoon, L., Dobkin, R. (2001) Psychedelics as Catalysts of Insight Oriented Psychotherapy, *Social Research* 2001 Vol. 68 No. 3 pp. 677-695.
- Gyenei M. (1997) Anómia és elidegededés a cigányságnál. *Társadalom és Gazdaság*, 19 (2) pp. 159-181.
- Helman, C. G., (2003) *Kultúra, egészség és betegség*. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Hofmann, A. (1980) *LSD - My Problem Child*. New York: McGraw-Hill.
- Hodge, D. R. (2003) The Intrinsic Spirituality Scale: A New Six-Item Instrument for Assessing the Salience of Spirituality. *Journal of Social Service Research*, 30 (1), pp. 41–61.
- Huxley, A. L. (1954) *The Doors of Perception*. New York, NY: Harper.

James, W. (1902) *The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature*. 1994 reprint New York, NY: Modern Library.

Kant, I. (1785/ 1998) *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése*. Raabe Klett Kiadó, Budapest

Kenyeres L., Mészáros Z. (2005) Kábítószerkép a nyomtatott sajtóban. *Médiakutató*. 2005. ösz http://www.mediakutato.hu/cikk/2005_03_osz/06_kabitoszerkep/

Kinnier, R. T., Metha, A. T., Keim, J., Okey J. L., Adler-Tabia, R. L., Berry, M. A., Mulvenon, A. W. (1994) Depression, meaninglessness, and substance abuse in „normal” and hospitalized adolescents. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 39 (2): 101-111

Koenig, H. G., McCullough, M. E., Larson, D. B. (2001) *Handbook of religion and health*. New York, NY: Oxford University Press.

Konkoly-Thege B., Martos T. (2006) Az életcél kérdőív magyar változatának jellemzői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7 (3), pp. 153–169.

Kramer, P. D. (1997) *Listening to Prozac: The Landmark Book About Antidepressants and the Remaking of the Self*. Penguin (Non Classic)

Kutter, C. J., McDermott, D. S. (1997) The role of church in adolescent drug education. *Journal of Drug Education*, 27(3), 293-305.

Lajtai L. (2007) Alkoholhasználat és alkoholfüggőség. In: Demetrovics Zs. *Az addiktológia alapjai I*. Eötvös Kiadó, Budapest

Levy, N. (2007) *Neuroethics: Challenges for the 21st Century*, Cambridge University Press

Lilly, J. C. (1972) *The Centre of the Cyclone: An Autobiography of Inner Space*. New York, NY: The Julian Press Inc.

Marsh, A., Smith L., Piek, J., Saunders, B. (2003) The Purpose in Life scale; Psychometric properties for social drinkers and drinkers in alcohol treatment. *Educational and Psychological Measurement*, 63(5) pp. 859-871

Maslow, A. (1943) A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, pp. 370–396.

Nahm, K. D., Pribram, K. H. (1998) Heinrich Klüver: May 25, 1897 – February 8, 1979. *Biographical Memoirs*, V.73, pp. 288–305. Washington, D.C.: The National Academies Press.

Németh Á. (szerk.) (2007) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest

Nicholson, T., Higgins, W., Turner, P., James, S., Stickle, F., Pruitt, T. (1994) The relation between meaning in life and the occurrence of drug abuse: A retrospective study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8 (1), pp. 24–28.

Noblejas de la Flor, M. A., (1997) Meaning levels and drug-abuse therapy: an empirical study. *The International Forum for Logotherapy*, 20 (1): 46-52.

Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., Blakemore, C. (2007) Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 369, pp. 1047–1053.

Oláh A. (2005) *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Belső világunk megismérésének módszerei*. Trefort Kiadó, Budapest

Padelford, B. L. (1974) Relationship between Drug Involvement and Purpose in Life. In: *Journal of Clinical Psychology*, Volume 30, Issue 3.

Pahnke, W. M., (1963) *Drugs & Mysticism: An Analysis of the Relationship between Psychedelic Drugs and Mystical Consciousness* <http://www.maps.org/books/pahnke/index.html>

Paksi B. (2003) A felnőtt népesség droghasználata Magyarországon. *Addiktológia*, 2 (1), pp. 6-28

Paksi B. (2007) A magyarországi drogfogyasztás társadalmi mintázata. In: Demetrovics Zs. (szerk.) *Az addiktológia alapjai I.* pp. 379-413. Eötvös Kiadó, Budapest

Paksi B., Arnold P. (2007) A magyarországi felnőtt népesség drogérintettsége – új fejlemények. *Addiktológia* 2007 Supplementum 1. p. 49. Elhangzott: Magyar Addiktológiai Társaság

Passie, T., Seifert, J., Schneider, U., Emrich, H. M. (2002) The pharmacology of psilocybin. *Addiction Biology*, 7, pp. 357–364.

Passie, T., Halpern, J. H., Stichtenoth, D. O., Emrich, H. M., Hintzen, A. (2008) The Pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide: A Review. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14, pp. 295–314

Prepeliczay, S. (2002) Socio-Cultural and Psychological Aspects of Contemporary LSD Use in Germany. *Journal of Drug Issues*, Spring 2002, Vol. 32 Issue 2, pp. 431-458

Rácz J. (2006a) *Kvalitatív drogkutatások*. L'Harmattan Kiadó, Budapest

Rácz J. (2006b) A „fegyelmező” egészségneveléstől az „individualizáló” egészségfejlesztésig. In: Rácz J., Takács Á. (szerk.) *Drogpolitika, hatalomgyakorlás és társadalmi közeg. Elemzések foucault-i perspektívából.* (pp. 67-107) L'Harmattan Kiadó, Budapest

Rácz J. (2006c) Biopolitika. In: Bíró J. (szerk.) (2006) *Biopolitika – Drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről.* (pp. 13-34) L'Harmattan Kiadó – ELTE Társadalomtudományi Kar, Budapest

Rácz J. (szerk.) (2007) *Leszakadók. A társadalmi kirekesztődés folyamata*. L'Harmattan Kiadó, Budapest

Rácz J. (szerk.) (2008) *Az esélyteremtés új útjai: kortárs- és sorstárssegítéssel szerzett tapasztalataink*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.

Rahman, T. (2001) Mental health and purpose in life of drug addicts in Bangladesh. *International Forum for Logotherapy*, 24 (2) pp. 83-87.

Seligman, M. E. P, Csikszentmihalyi M. (2000) Positive Psychology. *American Psychologist*, January 2000. Vol. 55. No. 1., pp. 5-14

Shulgin, A., Shulgin, A. (1991) *PiHKaL: A Chemical Love Story*. Berkeley, CA: Transform Press.

Shulgin, A., Shulgin, A. (1997) *TiHKaL: The Continuation*. Berkeley, CA: Transform Press.

Vingender I. (2006) Adalékok a droghasználat társadalmi mintázatához. *Addiktológia*, 2006 (3) pp. 161-190

Zinberg, N. E. (2005) *Függőség és kontroll. Drog, egyén, társadalom*. Nyitott Könyvműhely Kiadó, Budapest

MELLÉKLETEK

1. melléklet

Jelenleg folyó klinikai vizsgálatok pszichedelikumok terápiás célú alkalmazásaival kapcsolatban

Általános:

MW Johnson, WA Richards and RR Griffiths, Human hallucinogen research: guidelines for safety, *Journal of Psychopharmacology*
22(6) (2008) 603–620

Thomas B. Roberts and Paula Jo Hruby, Toward an Entheogen Research Agenda, *Journal of Humanistic Psychology* 2002; 42; 71-89

MDMA:

Ben Sessa and David J. Nutt, MDMA, politics and medical research: Have we thrown the baby out with the bathwater?, *Journal of Psychopharmacology*
21(8) (2007) 787–791

Study of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine-Assisted Psychotherapy in People With Posttraumatic Stress Disorder

<http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00353938?intr=%22N-Methyl-3%2C4-methylenedioxymphetamine%22&rank=1>

MDMA-Assisted Therapy in People With Anxiety Related to Advanced Stage Cancer
<http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00252174?intr=%22N-Methyl-3%2C4-methylenedioxymphetamine%22&rank=3>

Randomized Placebo-Controlled Study of MDMA-Assisted Psychotherapy in People With PTSD - Israel

<http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00402298?intr=%22N-Methyl-3%2C4-methylenedioxymphetamine%22&rank=5>

Clinical Pharmacology of MDA [3,4-Methylendioxyamphetamine]

<http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00823407?intr=%22N-Methyl-3%2C4-methylenedioxyamphetamine%22&rank=8>

Pszilocibin:

Effects of Psilocybin in Advanced-Stage Cancer Patients With Anxiety

<http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00302744?intr=%22psilocybin%22&rank=1>

Psilocybin and Spiritual Practice

<http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00802282?intr=%22psilocybin%22&rank=2>

Psilocybin in Treating Patients With Depression or Anxiety Caused by Cancer

<http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00850967?intr=%22psilocybin%22&rank=4>

Griffiths RR, Richards WA, McCann U, Jesse R. (2006) Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. Psychopharmacology (Berl) 187(3):268-283.

Griffiths R, Richards W, Johnson M, McCann U, Jesse R. (2008) Mystical-type experiences occasioned by psilocybin mediate the attribution of personal meaning and spiritual significance 14 months later. J Psychopharmacol. 22(6):621-632.

Ayahuasca:

Mabit, J (2007) Ayahuasca in the treatment of addiction. Chapter 6; In *Hallucinogens and Health : New Evidence for Psychedelic Substances as Treatment* (Vol 2) Ed. MJ. Winkelman & TB. Roberts; Greenwood Publishing Group; pp 87-105.

Dobkin de Rios, M.. and Grob, CS (2005) Ayahuasca use in cross-cultural perspective: an introduction. Journal of Psychoactive Drugs 37:119-121.

Doering-Silveira, E, Grob, CS, Dobkin de Rios, M, Lopez, E, Alonso, LB, Tacla, C, Brito, GS, Castello, O. and Da Silveira, DX (2005) Ayahuasca in adolescence: a neuropsychological

assessment. *Journal of Psychoactive Drugs* 37:123-128.

Doering-Silveira, E, Grob, CS, Dobkin de Rios, M, Lopez, E, Alonso, LB, Tacla, C, Brito, GS, Castello, O. and Da Silveira, DX (2005) Ayahuasca in adolescence: a preliminary psychiatric assessment. *Journal of Psychoactive Drugs* 37:129-133.

Doering-Silveira, E, Grob, CS, Dobkin de Rios, M, Lopez, E, Alonso, LB, Tacla, C, Brito, GS, Castello, O, and Da Silveira, DX (2005) Report on psychoactive drug use among adolescents using ayahuasca within a religious context. *Journal of Psychoactive Drugs* 37:135-139.

Dobkin de Rios, M, Grob, CS, Lopez, E, Da Silveira, DX, Alonso, L. and Doering-Silveira, E. (2005) Ayahuasca in adolescence: qualitative results. *Journal of Psychoactive Drugs* 37:141-144.

Riba, J et al. (2001) Subjective Effects and tolerability of the South American psychoactive beverage Ayahuasca in healthy volunteers. *Psychopharmacology* 154:85-95.

Ibogain:

R Maciulaitis, V Kontrimaviciute, FMM Bressolle and V Briedis Ibogaine, an anti-addictive drug: pharmacology and time to go further in development. A narrative review, *Human & Experimental Toxicology* (2008) 27: 181–194

Mash, D.C., Kovera, C.A. Pablo, J., Tyndale, R. F., Ervin, F.D., Williams, I.C., Singleton, E.G., and Mayor, M. Ibogaine: Complex Pharmacokinetics, Concerns for Safety, and Preliminary Efficacy. *Neurobiological Mechanisms of Drugs of Abuse*, Annals New York Acad. Sci. Vol. 94: 394-401, 2000.

Mash DC, Kovera CA, Buck BE, Norenberg MD, Shapshak P, Hearn WL, Sanchez-Ramos J, (1998) Medication Development of Ibogaine as a Pharmacotherapy for Drug Dependence, *Annals NY Acad Sci*, v 844 pp 274-292.

2. SZ. MELLÉKLET

Droghasználat és életminőség

Tájékoztatás

Kedves Résztvevő,

Ez a felmérés a drogfogyasztással, az életminőséggel és a spiritualitással foglalkozik. A kutatás etikai engedélyét a Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Kutatóintézetének Tudományos Bizottsága adta ki.

A kérdésekre, melyeket a kérdőívből olvasni fogsz, nincsenek "jó" vagy "rossz" válaszok, a felmérés szempontjából a Te személyes élményed, véleményed a legfontosabb. Kérjük, hogy a kutatás eredményessége érdekében minden kérdésre válaszolj!

Minden adatot a legszigorúbb adatbiztonsági előírások szerint kezelünk, hogy lehetővé tegyük számodra az őszinte válaszdást. A felmérés bármely szakaszában indoklás nélkül visszavonhatod az együttműködést, mindenféle hátrányos következmény nélkül.

A felmérésben való részvételde teljesen önkéntes és anonim. Amennyiben hajlandó vagy részvétellel segíteni munkánkat kérjük, jelöld meg ezt a következő lapon, a *beleegyező nyilatkozaton*.

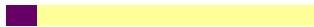
A kérdőív kitöltése 25-30 percet vesz igénybe. Kérjük, csak akkor kezdj bele, ha rendelkezésedre áll ennyi idő a kérdőív kitöltésére.

Ha bármilyen véleményed, javaslataid, kritikád van a kutatással kapcsolatban, vagy csak további információkhöz szeretnél jutni, kérlek, keress meg az alábbi elérhetőségek valamelyikén:

Simon Katalin
E-mail: info@psyd.hu

Telefon: 06 70/ 282-0184 – kedd, szerda: 14.00 – 16.00

[Következő -->](#)

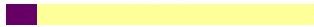
**Beleegyező nyilatkozat ***

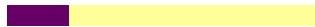
Megértettem, hogy

- minden információ bizalmasan kezelt.
- minden adat analízise személy- és névazonosítás nélkül történik és a közlésre kerülő összeredményből nem lehet következtetni személyemre.
- a részvétel teljesen önkéntes jellegű.
- jogomban áll bármikor visszavonni a beleegyezést, magyarázat nélkül.
- semmilyen negatív következménnyel nem jár a beleegyezés visszavonása.

A kutatásban való részvételre hozzájárulok

[<-- Előző](#) | [Következő -->](#)



**Nemed:**

- Nő
 Férfi

Születési éved:

Lakhelyed:

- Budapest
 megyeszékhely
 egyéb város
 község, falu
 tanya

Legmagasabb iskolai végzettséged:

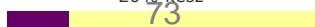
- 8 általános vagy kevesebb
 befejezetlen középfokú iskola
 szakmunkásképző
 szakközépiskola, technikum
 gimnázium
 befejezetlen felsőfokú tanulmányok (főiskola, egyetem)
 főiskola, egyetem
 tudományos fokozat

Mivel foglalkozol jelenleg?

- Tanulok: általános iskola
 szakmunkásképző
 szakközépiskola, technikum
 gimnázium
 főiskola, egyetem
 posztgraduális képzés
 Dolgozom: alkalmi munkavállaló
 alkalmazott
 középvvezető
 vezető
 vállalkozó
 Munkanélküli vagyok
 Egyéb

Mi a szüleid vagy nevelőszüleid legmagasabb iskolai végzettsége?

	Apa	Anya
Kevesebb, mint 8 általános	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Általános iskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szakmunkásképző	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szakközépiskola, technikum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gimnázium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Főiskola, egyetem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

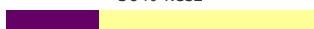


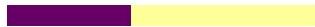


Kérjük, jelöld be azokat a szereket, amelyeket kipróbáltál, régebben fogyasztottál, vagy mostanában is fogyasztod:

	Csak kipróbáltam (max. 1-3 alkalommal)	Régebben fogyasztottam (legalább 4-szer)	Mostanában is fogyasztom
Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dohány	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szipu, oldószerek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altatók, nyugtatók, szorongásoldók (nem orvosi javallatra)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gyógyszer és alkohol együtt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marihuána, hasis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy/MDMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amfetamin, egyéb stimulánsok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroin, egyéb ópiátok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pszilocibingomba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meszkalinkaktusz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Látnokzsálya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ketamin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kéjgáz/N2O	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Új szintetikus drogok (2C-B/Nexus, 5-MeO-DMT stb.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PCP/angyalpor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DMT (Ayahuasca, Yopo stb.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ibogain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GHB/Gina, GBL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Csattanó maszlag, angyaltrombita, beléndék stb.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSA (kék hajnalka, HBWR stb.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[<-- Előző] [Következő -->]



**Hány évesen próbáltad ki először?**

Dohány

19

Ecstasy/MDMA

20

LSD

21

Általában milyen rendszerességgel fogyasztottad?

	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Havonta többször	Hetente	Hetente többször	Naponta	Naponta többször
Ecstasy/MDMA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Általában milyen rendszerességgel fogyasztod?

	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Havonta többször	Hetente	Hetente többször	Naponta	Naponta többször
LSD	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Az elmúlt 30 napban hány alkalommal fogyasztottad?

LSD

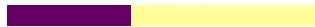
1

Az alábbi skálán értékeld az adott szerrel kapcsolatos élményeid jelentőségét életed egészére nézve:

	Nincs jelentősége	1	2	3	4	Nagyon meghatározó	5
Dohány	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ecstasy/MDMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
LSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		

Az adott szerrel kapcsolatos élményeid összességében milyen hatással voltak életminőségedre?

	Egyértelműen életminőség romlást tapasztaltam	1	2	3	4	Egyértelműen életminőség javulást tapasztaltam	5
Dohány	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ecstasy/MDMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
LSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

Jelenleg problémásnak érzed-e a szerfogyasztásodat? igen nem
[<-- Előző](#) [Következő -->](#)



Milyen céllal használtad az alábbi szereket?

Kérjük, jelölj be minden olyan cél, amely az adott szerre vonatkozóan jellemző Rád:

	vallási vagy spirituális gyakorlatok elmélyítése	önismerset, öngyógyítás önvízsgálat	hangulatjavítás	unalom és reménytelenség	hiánypótás elűzése	társas érintkezés előmozdítása és fokozása
Dohány	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy/MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	érzékelés és jóérzés fokozása	művészeti alkotó- és előadóképesség serkentése	testi teljesítmény növelése	lázadás, alternatív életmód	egyedi identitás kialakítása és mások figyelmének felkeltése	csoportba tartozás kimutatása	kíváncsiság kielégítése
Dohány	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy/MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[\[-- Előző](#) | [Következő -->](#)



Az alábbi kérdőív 80 állítást tartalmaz, amelyek az emberek jellemző tulajdonságait és életfelfogását írják le. Kérjük, gondosan olvasd el az egyes állításokat és jelöld meg válaszod az alábbiak szerint:

- az 1-est akkor jelöld be, ha úgy gondolod, hogy az állítás egyáltalán nem jellemző Rád
- a 2-est akkor, ha az állítás egy kicsit jellemző Téged
- a 3-ast akkor, ha az állítás majdnem jellemző Rád,
- a 4-est akkor, ha teljes mértékben jellemző

Kérjük, minden kérdésre válaszolj. Nincsenek helyes, vagy helytelen megoldások. Válaszolj úgy, hogy a Téged leg pontosabban jellemző képet tükrözzen válaszaid.

	Egyáltalán nem jellemző 1	Kicsit jellemző 2	Majdnem jellemző 3	Teljesen jellemző 4
1. Akik ismernek, optimistának tartanak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tapasztalataim szerint a siker a jó tervezés eredménye.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Akár a múltamat vizsgálom, akár a jövőm ról elmélkedem, úgy érzem én értelemteli életet éllek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Nagyon örölkök magamnak és annak, amit az életben elértem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Úgy érzem, hogy egyre kevésbé vagyok hatékony.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nem kedvelem különösebben az új és váratlan helyzeteket.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Nagyon jó "olvasok" mások gondolataiban és indítékaiban.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Találékonyság vagyok másoknál.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Gyakran tudom, mit kellene tennem, de általában nincs meg bennem a képesség arra, hogy meg is tegyem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Általában tudok találni olyasvalakit, aki segít megoldani a problémáimat, ha szükségem van rá.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Úgy gondolom, hogy vezetőrő vagyok abban, hogy másokkal együttműködve alakítsam, befolyásoljam és fejlesszem mindenkit, ami velünk történik.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Gyakran megesik, hogy fizikailag jelen vagyok, de gondolataim másolj járnak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Még ha egy munka nehéz is vagy problémákba ütközöm, akkor is tovább dolgozom, míg be nem fejezem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Olyan ember vagyok, aki azonnal kimondja, ami az eszébe jut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Gyakran vagyok ideges.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Elveszítem a nyugalmamat, ha valaki félbeszakít, mikor valami fontos dolgozni koncentrálok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Meg vagyok győződve arról, hogy a körülöttem zajló dolgok többsége időben jára fordul.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Biztos vagyok benne, hogy minden, ami velem történik, jobban függ tőlem, mint a sorstól vagy a szerencsétlen körülményektől.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Olyan érzésem van, hogy sok dolog, ami velem történik zavaros, és nem is tudom, miért is mennek úgy a dolgok, ahogy mennek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Erős az önbecsülésem, és vannak olyan értékeim, amiért érdemes harcolnak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Azt gondolom, hogy életem különböző területein egyre sikeresebbé válok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Nyitott vagyok az életem változásaira, úgy hiszem ezek új és érdekes lehetőséget adnak nekem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Úgy tekintem magam, mint aki nagyon jó ítélez meg másokat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Még ha nyomás alatt állok is, nagyon jó tudok alternatív megoldásokat találni egy problémára.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Az az érzés, hogy amit el akartam érni, a legtöbb esetben sikerült is, adja az egyik legnagyobb erőt számomra, az élet néhány geivel való küzdelemben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Mikor olyan helyzetben voltam, hogy volt valami problémám, megtaláltam a megfelelő embert, aki segített.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Gyakran vannak olyan ötleteim, amelyekhez mások eredményesen tudnak kapcsolódni és továbbgondolkodásra készíteni őket.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Gyakran veszem észre magamon, hogy saját világomban vagyok, távol attól, ami körülöttem történik.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Ha valamit elkezded, be is fejezem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Anélkül, hogy az indulat elragadna, tudok hallgatni érzéseimre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Könnyen felidegesít, ha hibázom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Könnyen válok türelmetlenné.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Még ha nehéz helyzetbe kerülök is, teljesen meg vagyok győződve róla, hogy végül minden jóra fordul.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Sohasem bízom abban, hogy a sors vagy a szerencse megoldja a problémámat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Ha az életemet nézem, úgy látom, hogy az értelmes és következetesen alakul.
36. Függetlenül attól, hogy mások mit gondolnak rólam, én nagyon tisztelem magam azért, amit eddig elértem.
37. A múlt évben személyiségem egyáltalán nem úgy változott, ahogy szerettem volna.
38. A váratlan dolgokat az életemben úgy tekintem, mint izgalmas kihívást, és fenntartom a fejlődés lehetőségét.
39. Gyakran jók a megsejtésem arról, hogy hogyan gondolkodnak és éreznek az emberek.
40. Mások szerint is jó problémamegoldó vagyok.

<-- Előző

Következő -->

60% kész





Az alábbi kérdőív 80 állítást tartalmaz, amelyek az emberek jellemző tulajdonságait és életfelfogását írják le. Kérjük, gondosan olvasd el az egyes állításokat és jelöld meg válaszod az alábbiak szerint:

- az 1-est akkor jelöld be, ha úgy gondolod, hogy az állítás egyáltalán nem jellemző Rád
- a 2-est akkor, ha az állítás egy kicsit jellemző Téged
- a 3-ast akkor, ha az állítás majdnem jellemző Rád,
- a 4-est akkor, ha teljes mértékben jellemző

Kérjük, minden kérdésre válaszolj. Nincsenek helyes, vagy helytelen megoldások. Válaszolj úgy, hogy a Téged leg pontosabban jellemző képet tükrözzen válaszaid.

	Egyáltalán nem jellemző 1	Kicsit jellemző 2	Majdnem jellemző 3	Teljesen jellemző 4
41. Sikeresen el tudom érni a magam elé tűzött célokat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Ha segítségre van szükségem, nem esik nehézemre, hogy másoktól kérjek támogatást, még ha nem is ismerem jól őket, akkor is.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Ügyesen rá tudom venni az embereket arra, hogy új és eredeti ötletekkel álljanak elő.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Az utóbbi időben úgy érzem, nem tudok lépést tartani azzal, ami körülöttem zajlik.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Ha a dolgok nem a terv szerint mennek, hamar feladom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Gyakran teszek meg dolgokat, amiket aztán megbánok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Még apró problémák is szoktak aggasztani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Ritkán vagyok ingerült.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Jó érzésekkel gondolok a jövőre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. A sikereimet kemény munkámnak köszönhetem, nem a szerencsés körülményeknek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Ritkán tapasztalom azt, hogy bármi is értelmet adna minden napjaimnak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Úgy látom magam, mint akinek komoly belső erőforrásai vannak ahoz, hogy sikeres legyen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Sok helyzet volt már, amikor kétségebe vontam, hogy mint ember fejlődni tudok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Általában keresem az új kihívásokat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Gyakran tudom, mit fognak mondani az emberek, még mielőtt megszólálnának.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Jó vagyok az olyan munkában, ahol új és eredeti ötletekkel kellenek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Korábbi tapasztalataimból tudom, hogy a legtöbb dologban, amit csinálok, biztos vagyok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Ismerőseim között sok olyan van, akire biztosan támaszkodhatok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Csoportbeli gyakran mondják az emberek, hogy szerkentik őket a gondolataim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. Gyakran van olyan érzésem, hogy a világ csak úgy elmegy melletttem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. Ha a dolgok nem terv szerint mennek, könnyen elmegy a kedvem attól, hogy folytassam őket.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Jellemző rám az, hogy először beszélek, aztán gondolkodom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Érzékeny vagyok a kritikára.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Ha eldöntöttem valamit és az nem úgy megy, ahogy szeretném, dühös leszek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Olyan ember vagyok, aki nagyon derülátón tekint az életre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. A fontos dolgok többségét, amelyek velem történnek, előre látni és ellenőrizni tudom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Úgy érzem, az életemből hiányoznak a világosan megfogalmazott célok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. Büszke vagyok magamra, mikor arra gondolok, milyen ember is lett belőlem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. Más emberek úgy tűnik, változnak, magamról úgy érzem, körbe-körbe járok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. Még a váratlan helyzeteket is úgy veszem, hogy azok izgalmas kihívások számomra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. Gyakran fel tudom fedezni, milyen szerepet játszanak az emberek egy csoportban, még akkor is, ha ez előttük rejte marad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. Szokatlanság nagy tehetőséget hozzá, hogy többféle megoldást találjak, ha kell, ha problémákkal találkozom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. Ha megoldást látok egy problémára, biztos vagyok benne, hogy meg tudom tenni, amit kell.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. Nem haboznék, hogy különböző embereket hívjak fel tanácsért valamelyen személyes problémám megoldása érdekében.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. Csoportban dolgozva gyakran fontosak a gondolataim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

76. Gyakran zavarnak a múlttal és jövővel kapcsolatos gondolatok.
77. Gyakran kezdtem új terv megvalósításához, még mielőtt a korábbit befejeztem volna.
78. Bárcsak ne volnék ilyen hirtelen természetű.
79. Könnyen lehangol, ha kellemetlen dolgokkal találkozom.
80. Én nem vagyok az az ember, aki könnyen elveszíti a nyugalmát.

[-- Előző](#) [Következő -->](#)

70% kész





A következő állításokkal kapcsolatban jelöld be azt a számot, amelyet magadra vonatkozóan a leginkább igaznak tartasz! Ehhez vedd figyelembe, hogy a számok egy-egy nagyon tiszta és egyértelmű érzéstől annak ellenkezőjéig terjednek. A „semleges” egyik irányban sem foglal állást. Próbáld ez utóbbi választ a lehető legritkábban használni!

1. Általában

	1	2	3	4 (semleges)	5	6	7	
nagyon unatkozom.	<input type="radio"/>	feldobott és lelkes vagyok.						

2. Az élet számonra

	7	6	5	4 (semleges)	3	2	1	
mindig izgalmasnak tűnik.	<input type="radio"/>	teljesen rutinszerűnek tűnik.						

3. Az életben

	1	2	3	4 (semleges)	5	6	7	
egyáltalan nincsenek szándékaim vagy céljaim.	<input type="radio"/>	nagyon világos szándékaim és céljaim vannak.						

4. A létem

	1	2	3	4 (semleges)	5	6	7	
teljesen értelmetlen és céltalan.	<input type="radio"/>	rendeltetése és értelme van.						

5. minden nap

	7	6	5	4 (semleges)	3	2	1	
új és különbözik a többiről.	<input type="radio"/>	pont ugyanolyan, mint a többi.						

6. Ha választhatnák,

	1	2	3	4 (semleges)	5	6	7	
inkább meg sem születtelem volna.	<input type="radio"/>	még vagy 100 ilyen életet szeretnék, mint a mostani.						

7. Nyugdíjakról, ha tehetném,

	7	6	5	4 (semleges)	3	2	1	
végre csinálnék valami érdekeset, amire mindig is vágytam.	<input type="radio"/>	végre életem végéig csak lazítanék.						

8. Életcéljam megvalósításában

	1	2	3	4 (semleges)	5	6	7	
eddig semmit sem haladtam előre.	<input type="radio"/>	eddig minden elértem.						

9. Az életem

	1	2	3	4 (semleges)	5	6	7	
üres, csupa kétségebesés.	<input type="radio"/>	csordultig tele van izgalmas, jó dolgokkal.						

10. Ha ma meg kellene halnom, úgy érezném,

	7	6	5	4 (semleges)	3	2	1	
mindenképp megérte élni.	<input type="radio"/>	egyáltalan nem érte meg élni.						

11. Ha az életemre gondolok,

1	2	3	4 (semleges)	5	6	7
---	---	---	-----------------	---	---	---

gyakran tűnődöm azon,
hogy egyáltalán miért is
élek.

mindig látom, hogy
miért vagyok a
világon.

12. Ha a világhoz fűződő viszonyomat nézem, a világ

1	2	3	4 (semleges)	5	6	7
---	---	---	-----------------	---	---	---

zavaros és
érthetetlen
számomra.

értelmes összhangban van
az életemmel.

13. Én

1	2	3	4 (semleges)	5	6	7
---	---	---	-----------------	---	---	---

nagyon felelőtlen
ember vagyok.

nagyon felelösségteljes
ember vagyok.

14. Az ember választásainak szabadságáról azt gondolom, hogy

7	6	5	4 (semleges)	3	2	1
---	---	---	-----------------	---	---	---

azt semmi sem
korlátozza.

azt teljesen behatárolja az
öröklődés és a környezet.

15. A halálra

7	6	5	4 (semleges)	3	2	1
---	---	---	-----------------	---	---	---

felkészültem és nem
félek tőle.

nem készültem fel és
félek tőle.

16. Ami az öngyilkosságot illeti,

1	2	3	4 (semleges)	5	6	7
---	---	---	-----------------	---	---	---

már komolyan
gondoltam rá mint
kiútra.

még csak meg sem
fordult a fejemben

17. Arra, hogy célt, értelmet vagy küldetést találjak az életemnek,

7	6	5	4 (semleges)	3	2	1
---	---	---	-----------------	---	---	---

teljes mértékben
képesnek érzem
magam.

gyakorlatilag
képtelenek érzem
magam.

18. Az életemet

7	6	5	4 (semleges)	3	2	1
---	---	---	-----------------	---	---	---

én tartom kézben,
én irányítom.

nem tudom kézben tartani,
külső tényezők irányítják.

19. Mindennapi feladataim végzése számomra

7	6	5	4 (semleges)	3	2	1
---	---	---	-----------------	---	---	---

öröm és elégedettség
forrása.

kellemetlen és unalmas
élmény.

20. Az életben

1	2	3	4 (semleges)	5	6	7
---	---	---	-----------------	---	---	---

eddig nem találtam a
magam számára hivatást
vagy életfeladatot.

világos célokat és
nekem való
életfeladatot találtam.

[-- Előző](#)[Következő -->](#)

80% kész



Az alábbi hat kérdésben a spiritualitás azt a viszonyt jelöli, amit az ember Istenkel, illetve valamelyen végső transzcendenciával alakít ki. A következőkben mondatokat kell kiegészíteni, melyek a spiritualitással kapcsolatos különféle jellemzőket mérnek. Közvetlenül a megkezdő mondatok alatt két lehetséges mondatbefejezés található, melyek egy 0-tól 10-ig terjedő skálához tartoznak. Az egyes mondat-befejezési lehetőségek a skála két végpontjához tartoznak. A 0-tól 10-ig tartó számozás azt a skálát jelöli, amelyen elhelyezheted válaszodat. A 0 az adott jellemző hiányának felel meg, míg a 10-es értékelés az adott jellemző maximális meglétét jelöli. Más szóval, a skála végpontjai szélsőséges mértékeket jelenítenek meg, míg az 5-ös az adott jellemző közepe, mérsekelt jelenlétének felel meg. Kérjük, minden kérdés tekintetében azt a számot jelöld meg a skálán, ami a kérdéssel kapcsolatos eredeti érzésedet a leginkább tükrözi.

1. Az élettel kapcsolatos kérdéseimet illetően a spiritualitás számomra

semmire nem nyújt választ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	minden kérdezemet teljességgel megválaszolja
------------------------------------	---	---

2. Spirituálisan növekedni

minden másnál fontosabb az életemben	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	számomra teljesen lényegtelen
--	---	-------------------------------------

3. Mikor egy fontos döntéssel szembesülök, a spiritualitás számomra

semmilyen szerepet nem játszik	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	minden felülíró szempont
--------------------------------------	---	--------------------------------

4. A spiritualitás

életem vezérmotívuma, mely életemet minden tekintetben meghatározza	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	nem része az életemnek
--	---	------------------------------

5. Mikor azokra a dolgokra gondolok, amelyek segítenek engem abban, hogy mint személy gyarapodjak és éretté váljak, úgy látom, a spiritualitás

semmilyen hatással nincs személyes gyarapodásomra nézve	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	egyértelműen a legfontosabb tényező személyes gyarapodásomban
---	---	---

6. Spirituális hitem

hatással van életem minden területére	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	nincs hatással életem egyetlen területére sem
---	---	--

[--> Előző](#)
[Következő -->](#)


100% kész



Kérjük kattints az **Elküldés** gombra!

[← Előző](#) [Elküldés →](#)

100% kész



A kutatás további részében interjúkat kívánunk felvenni, hogy a személyes elbeszélések segítségével még pontosabb képet kapjunk a szerhasználati szokások és az élettel kapcsolatos attitűd összefüggéseit illetően. A kutatás ezen fázisa szintén anonim. A kérdőívekből nyert adatok összesítve kerülnek feldolgozásra, és nem kapcsolódnak az interjúhoz.

Interjú (opcionális)

- Igen, szívesen részt veszek a kutatás interjús részében
 Nem kívánok részt venni a kutatás interjús részében

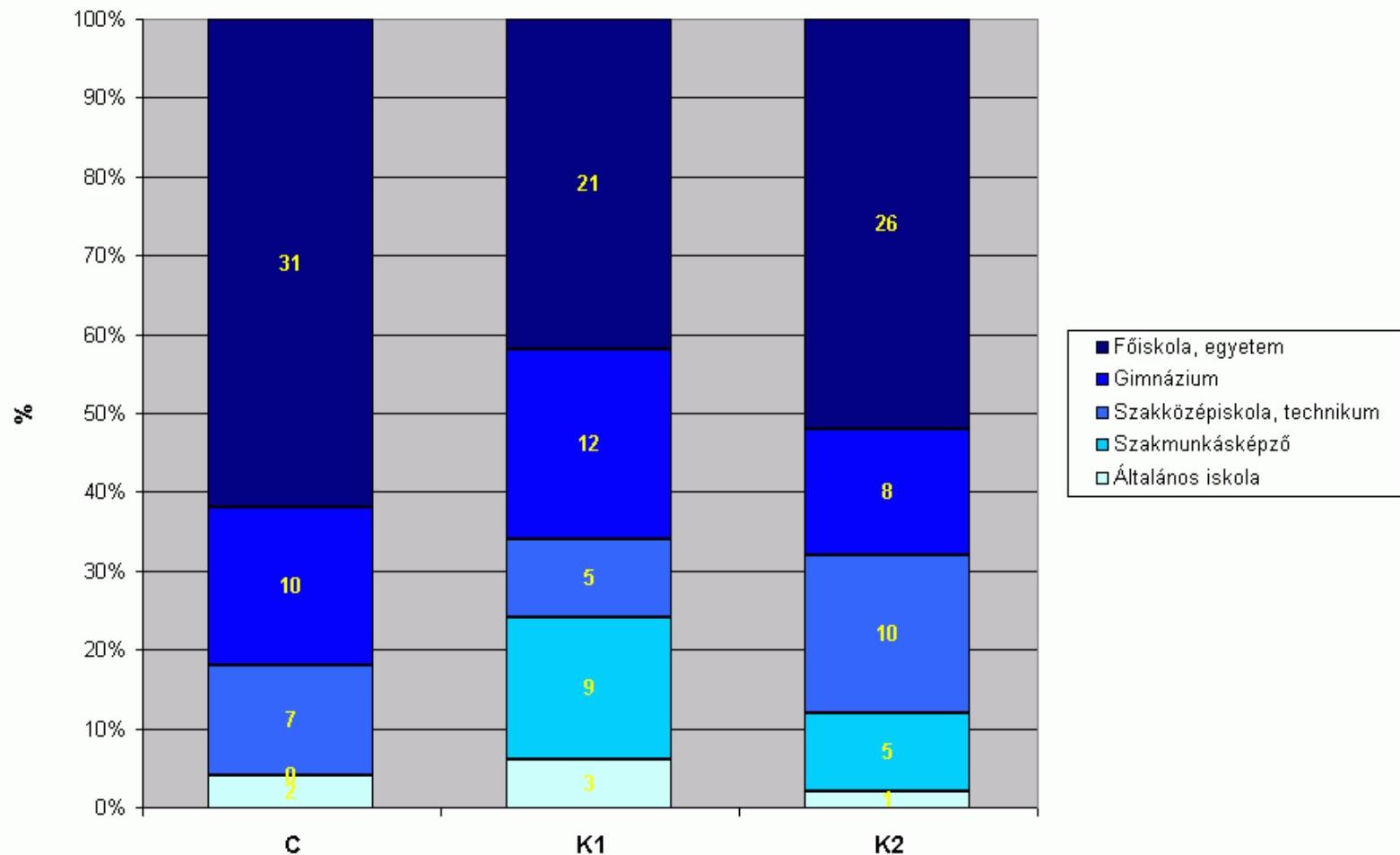
Kérjük kattints az **Elküldés** gombra!

[<-- Előző](#) [Elküldés](#)

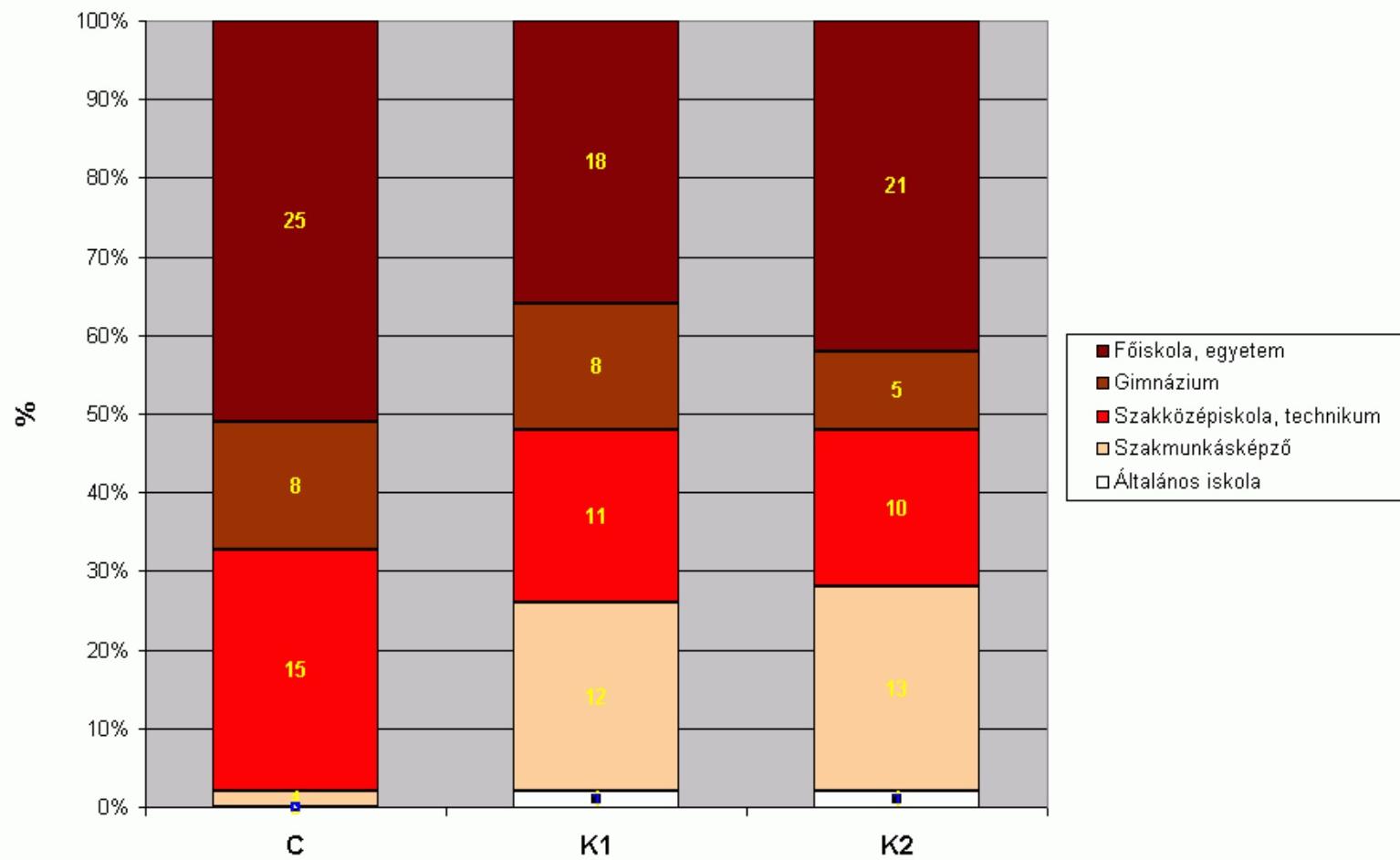
Droghasználat és életminőség - interjú

E-mail cím, ahol az interjúval kapcsolatosan fel lehet venni velem a kapcsolatot:

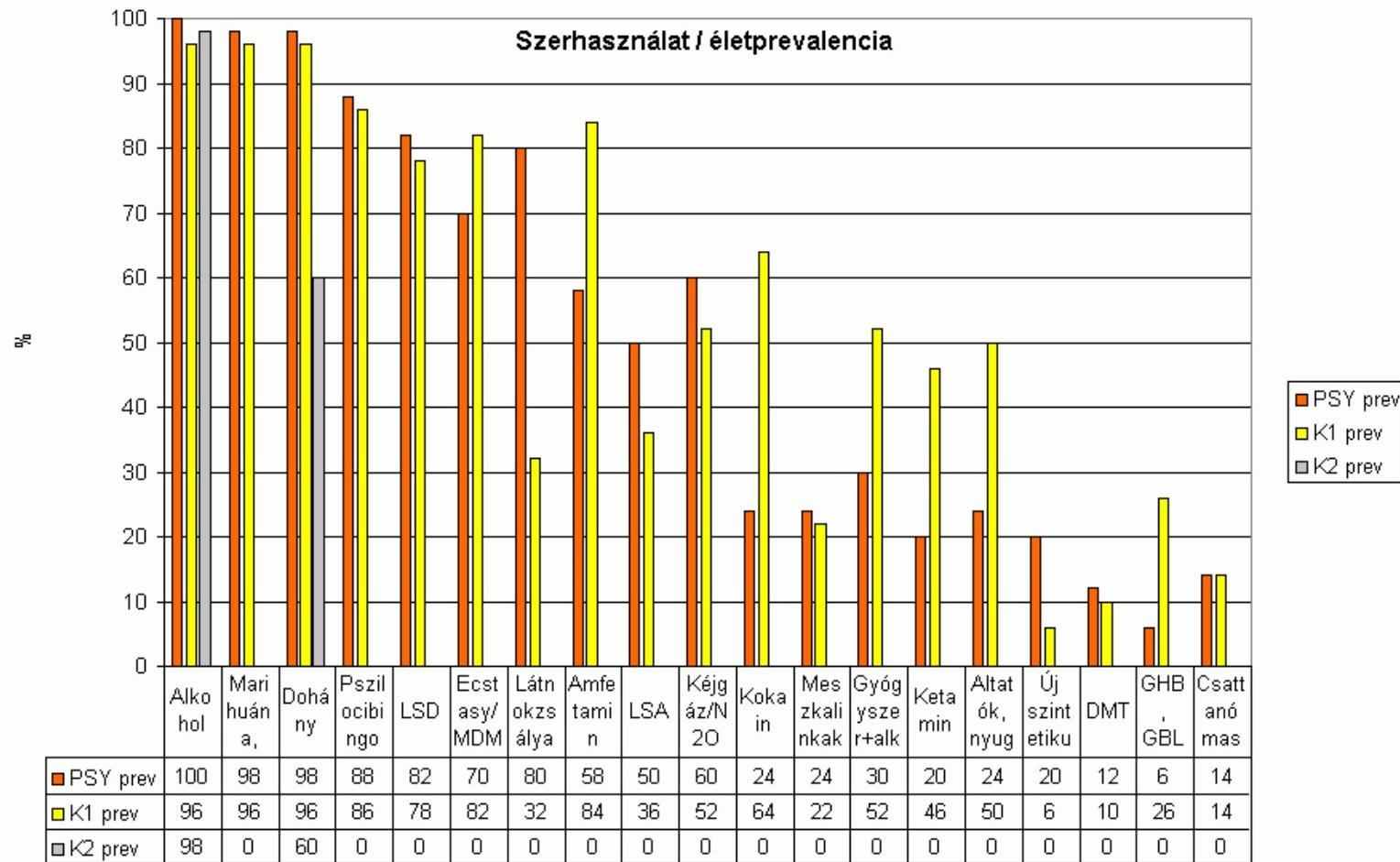
Legmagasabb végzettség / Apa



Legmagasabb végzettség / Anya



5. SZ. MELLÉKLET



6. MELLÉKLET

